

УНИВЕРЗИТЕТ “ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ” - ШТИП



ФАКУЛТЕТ ЗА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ

Втор циклус - специјалистички студии

**Специјалистички труд: ПЕРИНАТАЛНА ГРИЖА ЗА РОДИЛКИТЕ НА
ГИНЕКОЛОШКО-АКУШЕРСКО ОДДЕЛЕНИЕ- ВЕЛЕС ВО ПЕРИОДОТ
ОД 2008 ДО 2012 ГОДИНА**

Изработил:

Весна Лазаровска

Ментор:

Проф.Д-р.Гордана Панова



На мојата
Кристина...мојата
вечна поддршка!



КОМИСИЈА ЗА ОЦЕНКА И ОДБРАНА НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ТРУД

1.Проф. д-р. Елизабета Зизовска – претседател

2.Проф. д-р. Милка Здравковска – член

3.Проф. д-р Гордана Панова - ментор

Штип, Октомври, 2016 година

МЕНТОР:

Проф. Д-р. Гордана Панова, мојот ментор, еден од најдобрите едукатори, кој со својата стручност, научност, успешност и непрекорен професионализам, ме прифати и ме поведе по патот по кој успеав да стигнам до мојата цел – изработка на овој стручен труд.

Ви Благодарам што со мене несебично споделивте податоци и искуства, охрабрувајќи ме да стигнам до овој голем ден.

Штип, Октомври, 2016 година

АПСТРАКТ

Перинаталниот период започнува со пополнување на 22 гестациска недела, а трае се до седмиот ден по породување на родилката.

Перинаталниот период опфаќа антенатална, интрапартална и постпартална грижа и нега.

Основните принципи на антенаталната нега се заснова на должноста на акушерката и лекарот да обезбедат здравствена нега кај нормална или патолошка бременост, пружејќи целокупна нега во време на бременоста. Се спроведуваат редовни антенатални прегледи кои треба да бидат седум кај повеќеротки и десет кај прворотки, предвидени со пропишани протоколи.

Нормалното породување е физиолошка постапка кое завршува со раѓање на плодот, постелката и овојците.

Мониторингот е задолжителен во сите четири фази на раѓањето.

Во првата-дилатациона имаме латентна и активна фаза. Второто родилно време (фаза на експулзија) се состои од пасивна и активна фаза. Третото родилно време (плацентарно) го опфаќа периодот од породувањето на новороденото до експулзија на плацентата и околуплодовите обвивки. И на крај е постплацентарно.

Покрај нормалната бременост постојат и патолошки состојби кои ја комплицираат и самата бременост. Тука би ги спомнале ЕПХ – Гестозите, Плацента превиа, Абрупцио на плацента, Руптура на матката.

Во одредени ситуации може да имаме компликации во тек на бременоста и породувањето кои потекнуваат од самиот плод, природната породилна снага и од родилните патишта.

Кај некои патолошки состојби не е можно раѓањето да заврши спонтано,тогаш се потребни и некои акушерски операции.

Само со правилна нега и грижа ќе ја постигнеме целта:

ЗДРАВА МАЈКА- ЗДРАВО НОВОРОДЕНО.

ABSTRACT

Perinatal period starts with gestational age of 22 weeks, until the seventh day after giving the birth.

Perinatal period includes antenatal, intrapartal and postnatal care.

Basic principles of antenatal care are based on duty of the midwife and the doctor to provide health care to normal and pathological pregnancy, giving overall care during pregnancy. They conduct regular antenatal check-ups which must be seven – more than one birth and ten- only one birth, provided with prescribed protocols.

Normal birth is physiological process that ends with birth of baby, placenta and membranes.

Monitoring is required for all four stages of birth.

In first - dilatational we have latent and active stage. Second birth time (stage of expulsion) consist of passive and active stage. Third birth time (placenta) consist period from birth of newborn baby to expulsion of placenta and membranes around the fetus. And, in the end postplacental stage.

Despite normal pregnancy, there are pathological conditions which are complicate pregnancy itself. Here, I will mention EPH – Gestosis, Placenta previa, Abruptio of placenta, Rupture of uterus.

In certain cases, there are complications during the pregnancy and birth, which originate from the fetus, natural birth power and from birth canals.

In some pathological cases it is not possible to complete spontaneous birth, then it is necessary some obstetrics operations.

Only with proper care and concern we will achieve the target: HEALTHY MOTHER-
HEALTHY NEWBORN.

СОДРЖИНА:

1. Вовед.....	9
1.1. Антенатала грижа и нега.....	9
1.2. Интрапартална грижа и нега.....	13
1.3. Патолошки состојби во бременоста.....	18
1.3.1. Хипертензивни нарушувања во бременоста.....	18
1.3.2. Плацента превија.....	19
1.3.3. Абрупцио на плацента.....	21
1.3.4. Руптура на матка.....	22
1.4. Неправилности и компликации.....	23
1.4.1. Неправилности од страна на плодот.....	23
1.4.2. Неправилности поради неправилна природна породилна снага.....	25
1.4.3. Неправилности кои потекнуваат од родилните патишта.....	26
1.5. Акушерски операции.....	29
2. Цел на трудот.....	34
3. Материјал и метода на работа.....	35
4. Резултати.....	36
5. Дискусија.....	74
6. Заклучок.....	76
7. Користена литература.....	78

BOBED (Introduction)

Под оплодување, односно концепција се подразбираат два сукцесивни процеси на спојување на сперматозоидите со зрела јајна клетка на жената. Од моментот на оплодувањето и всадувањето на оплодената јајна клетка во децидуа на матката, настанува бременоста. Нормалната бременост трае околу десет лунарни месеци, или девет календарски месеци, односно 40 гестациски недели или 280 дена.

[1.1]. Антенатална грижа и нега¹.

Основните принципи на антенаталната нега се засноваат на должноста на акушерките и лекарите да обезбедат здравствена нега кај нормална или патолошка бременост пружајќи целокупна нега во време на бременоста.

Перинаталниот период започнува со наполнување на 22 гестациска недела се до седмиот ден по породување на родилката. Кај нормална бременост, кај прворотка, треба да се обезбедат 10 антенатални прегледи, а кај повеќеротка 7 антенатални прегледи. Најидеален прв преглед е околу 10 гестациска недела.

При првиот преглед, односно околу 10 г.н., потребно е да се направи следното:

-Да се направи проценка на која трудница и е потребна дополнителна здравствена заштита и нега, за која е потребно да се направи стандарден план за пружење на здравствена нега.

-Да се измери висина, тежина и да се пресмета индексот на телесна маса.

¹Грижа пред породување

- Да се измери крвниот притисок и да се направи тест за урина-протеинурија.
- Да се одреди дали има фактори на ризик кои предизвикуваат пре-екламсија и гестациски дијабет.
- Се препорачуваат тестови за одредување на крвна група и Rh-фактор, тестови за анемија, хемоглобинопатии, антитела, хепатитис Б, ХИВ, рубеола и сифилис.
- Се препорачува тест за асимптоматска бактериурија.
- Се информираат пациентките помлади од 25 години дека постои голем ризик од појава на инфекции и компликации доколку се потврди присуство на кламидија, и препораки за надминување на инфекцијата.
- Се препорачува скрининг за откривање на Даунов синдром.
- Се препорачува ЕХО преглед за утврдување на вистинската гестациска недела и уште еден ЕХО преглед за утврдување дали постојат аномалии кај плодот.
- Да се праша пациентката дали имала било какви психијатриски проблеми претходно и дали земала некаква терапија за заболувања од тој тип.
- Да се праша за состојбата, како се чувствува пациентката во оваа состојба, со цел да се превенира појава на депресија.

Секоја трудница треба да добие и специфични информации за:

- Како се развива плодот за време на бременоста.
- Вежби кои го опфаќаат дното на карлицата .
- Исхрана и диета, користење на додатоци во исхраната, витаминД.
- Запознавање со предностите на антенаталните прегледи.

-Запознавање со развојот на негата низ месеците на бременоста која ќе биде пружана на мајката.

-Планирање на местото на раѓање, видови на начин на завршување на раѓањето.



Слика 1.Аntenatalен EXO преглед

Picture 1. Antenatal ultrasound

Покрај првиот антенатален преглен и следните прегледи треба да се насочат за правилно згрижување на родилката со доследно следење на сите протоколи за антенатална нега и грижа.

[1.2.]Интрапартална грижа и нега²

Во перинаталниот период посебен осврт имаме на интрапарталната нега и грижа.

Нормалното породување е физиолошка постапка кое завршува со раѓање на плодот, постелката и овојците. Под нормално породување се подразбира она за чие што завршување не е употребена хируршка интервенција, вагинална акушерска операција, индукција, регионална или општа анестезија

Еден од најважните моменти е комуникацијата на здравствениот работник и пациентката во текот на породувањето.

При породувањето, прва фаза е првото, дилатационо родилно време. Се состои од латентна фаза со појава на утерини контракции кои родилката ги чувствува и промени на грлото на матката која вклучува скратување и дилатација до 4cm. Втората е активната фаза која опфаќа регуларен утерин активитет (2-5 контракции во 10 мин. со еднаков интензитет и времетраење) и прогресивна дилатација на грлото на матката над 4cm.

Мониторингот од страна на акушерката во текот на првото родилно време опфаќа:

- Телесна температура и крвен притисок на интервали од 4 часа
- Пулс на едночасовни интервали
- Евидентирање на фреквенцијата на контракциите на секои 60 мин
- Вагинален преглед на секои 2 часа во договор со родилката
- Интермитентен фетален мониторинг.

²Грижа за време на породување

Второто родилно време(фаза на експулзија) се состои од пасивна и активна фаза.Пасивната фаза го опфаќа периодот од комплетна дилатација до појава на волни нагони за експулзија.Активната фаза се состои од експулзивни контракции при наод на комплетно дилатирано маткино устие,видлив предлежечки дел на плодот(глава) и активниот напор на мајката.И во ова родилно време акушерката има активен мониторинг и тоа:

- Мерење на пулсот и крвниот притисок на интервали од 1 час

- Мерње на температура на секои 4 часа

- Вагинален преглед на секој час во текот на активната фаза или во корелација со желбата на родилката

- Документирање на фреквенцијата на контракциите на секои 30 мин.

- Мониторирање на фреквенцијата на спонтано празнење на мочниот меур

- Тековна грижа за емоционалната и психолошката состојба на родилката

- Фетален мониторинг

Во текот на спонтаното породување не се препорачува рутинска примена на епизиотомиа,само каде што имаме индикации.

Третото родилно време (плацентарно) го опфаќа периодот од породувањето на новороденото до експулзија на постелката и окулуплодовите обвивки.

Акушерскиот надзор опфаќа:

- Мониторинг на општата состојба на родилката преку следење на бојата на кожата и видливите лигавици,респирациите и изразот на субјективното чувство.

-Мониторинг на крвозагубата.

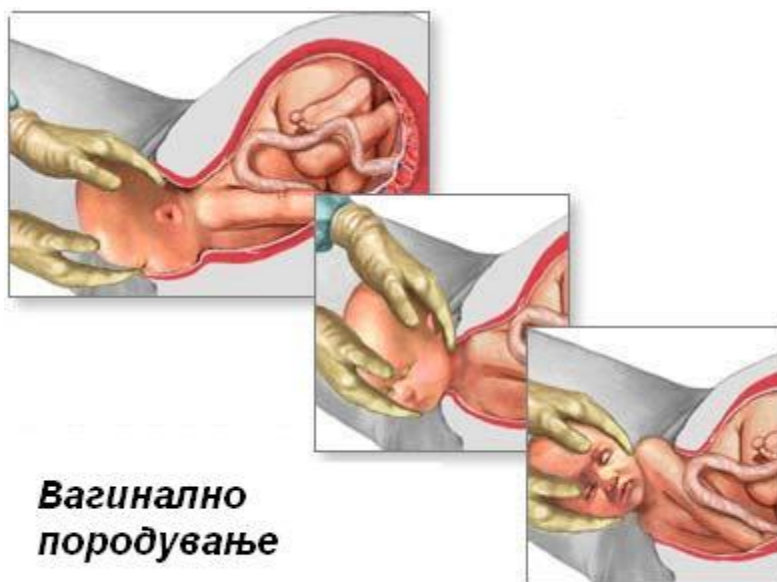
Механизам на раѓање (сите движења на главчето на плодот, низ кои тоа ќе помине во родилниот канал)

А. Флексија, свиткување на главата – прво движење на главата. Брадата на плодот се прилепува до градниот кош, што овозможува главчето да помине низ родилниот канал до најмал пречник.

Б. Ротација - вртењето е второто движење на главата. По дејство на силата на контракциите, главчето на плодот се спушта подлабоко во карлицата при што се врти напред.

В. Дефлексија - е трето движење на главчето. При минувањето низ вулвата главчето се раѓа, така што со тилот се потпира за симфизата, а потоа низ растегнатата меѓичка со дефлексија, т.е. со оддалечување на брадата од градите, се раѓа челото и лицето.

Г. Надворешна ротација, вртење на главчето - е четвртото движење на главата. Родената главичка се врти кон едното бедро на мајката, при што рамењата ротираат за да можат да се родат во надолжниот пречник на излезот на карлицата. По раѓањето на рамената лесно излегува другиот дел од плодот.

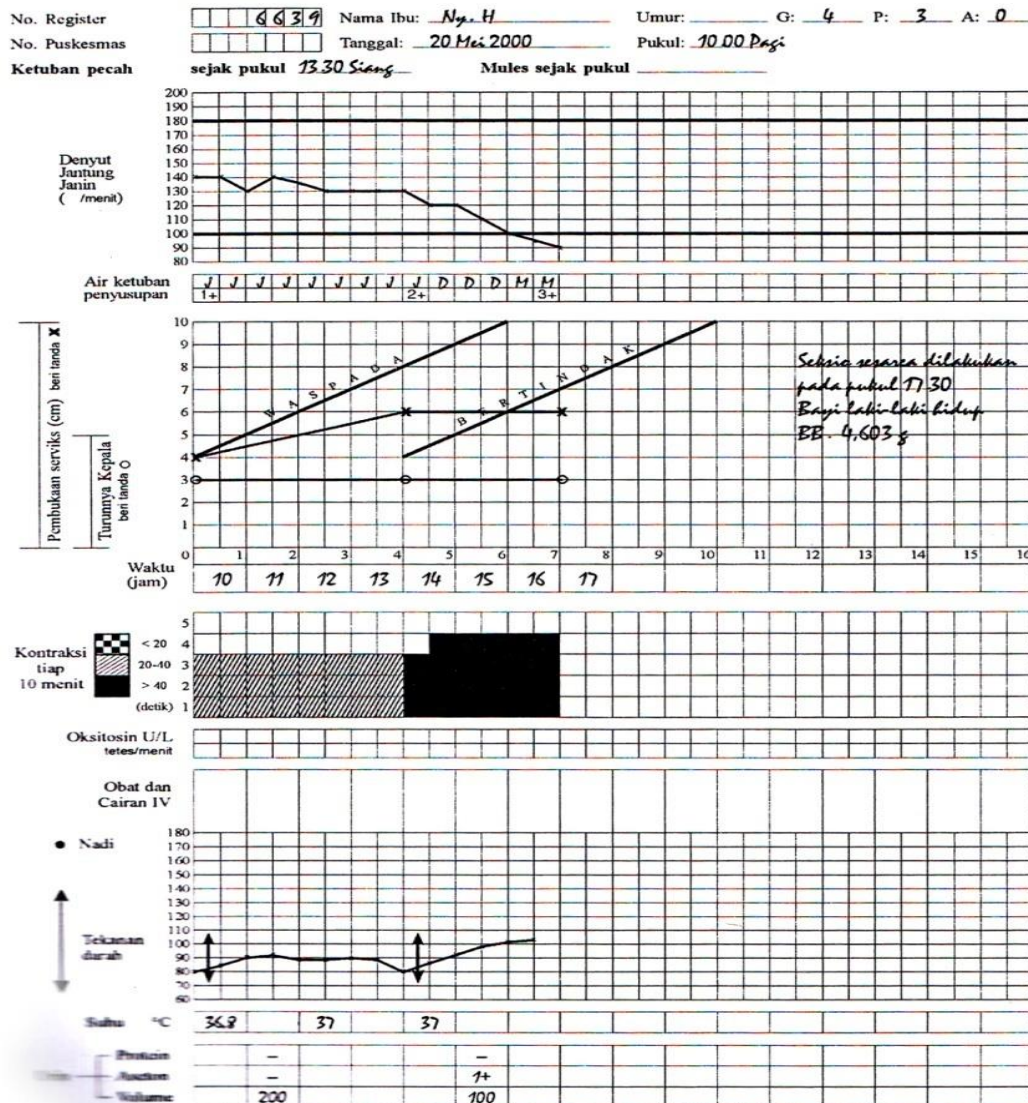


Слика2.Вагинално породување

Picture 2.Give birth vaginally

По излегувањето на плацентата се завршува третото, односно плацентарното и започнува четвртото родилно време, односно постплацентарно.Ова трае два часа по породувањето.Во ова време по правило родилката се одмара и во нормални услови не се случува ништо посебно што би можело да се мониторира.Во патолошки состојби родилката може обилно да крвари,па може да и биде загрозен и животот.Поради тоа во четвртото родилно време родилката треба да биде под постојан надзор од страна на акушерка и лекар.

PARTOGRAF



Gambar 18.2: Partograf memperlihatkan persalinan macet

Слика 3.Партограф Picture / 3.Partograf

[1.3.]Патолошки состојби во бременоста

Покрај нормалната бременост постојат и патолошки состојби кои ја комплицираат и самата бременост.Тука би ги спомнале Хипертензивните нарушувања во бременоста (ЕПХ Гестозите), крварењата во доцната бременост-Плацента превиа и Абрупцио на плацета(предвремено одлепување на плацета), руптура на матка.

[1.3.1.]Хипертензијата³ во бременоста е класифицирана во следните групи:

1.Хипертензија индуцирана во бременоста

А) Прееклампсија

Б)Еклампсија

2.Хронична хипертензија од било која причина,независна од бременоста.

3.Прееклампсија и еклампсија суперпонирана од хронична хипертензија.

4.Транзиторна хипертензија

5.Некласифицирани хипертензивни нарушувања.

1.А.Прееклампсија:симптомите се јавуваат најрано по 20 гестациска недела.

Хипертензија има секогаш,протеинурија скоро секогаш,а генерализирани едеми не мора да има.

1.Б.Еклампсија:Појава на конвулзии кај пациентка со прееклампсија.

³Покачен крвен притисок

2.Хронична хипертензија:Присуство на крвен притисок 140/90 mm Hg или повеќе пред бременоста, или пред 20 гестациска недела.

3.Прееклампсија и еклампсија суперпонирана од хронична хипертензија:Појава на прееклампсија или еклампсија кај жена со хронична хипертензија.За да се постави дијагноза, потребно е покачување над 30 mm Hg на дијастолниот крвен притисок асоцирано со протеинурија,генерализирани едеми или двете.

4.Транзиторна хипертензија: Појава на хипертензија за време на бременоста или ран

пурпериум кај претходно нормотензивни жени чиј притисок се нормализира 10 дена по породување, без претходни знаци на прееклампсија.

5.Некласифицирани хипертензивни нарушувања:Кај пациентки каде нема доволно податоци (критериуми) за класификација.

[1.3.2.]Плацента превија

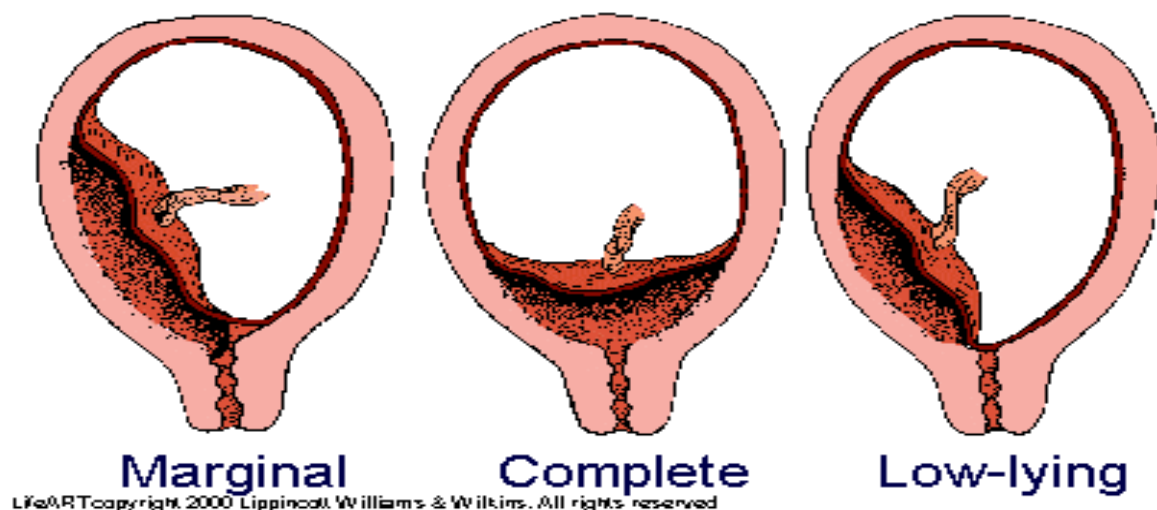
Плацента превија е вгнездување, односно имплантирање на плацентата на или во близина на цервиксот. Разликуваме маргинална,латерална и централна или тотална плацета превија.

Покрај крварењето ,при крајот на бременоста или во тек на раѓањето,кај плацента превија можат да настанат и други неправилности и компликации кои можат да ја отежнат состојбата и на мајката и на новороденото.На прво место доаѓа до неправилна положба на плодот,односно се запазува попречна и коса положба на плодот,дефлексионо држење и карличен став.Трудница со дијагностицирана плацента превија спаѓа во групата на високоризична бременост.Кај дел од нив настанува предвремено породување.Предизвикана е хронична хипоксија често

проследена со изразена дистрофија на плодот.Плодот може да се роди со помала родилна тежина,асфиктичен,и со склоност на интракранијални крварења.

При една ваква состојба треба да се знае дека крварењето е свежо со светлоцрвена боја.Ако не се направени сите неопходни подготовки за царски рез,не се врши вагинален преглед,односно може да се изврши само внимателен преглед со спекулум.

Мора да имаме точно поставување на дијагноза за навремено завршување на раѓањето за да не дојде до критични состојби како за мајката така и за плодот.



Слика 4. Плацента превија

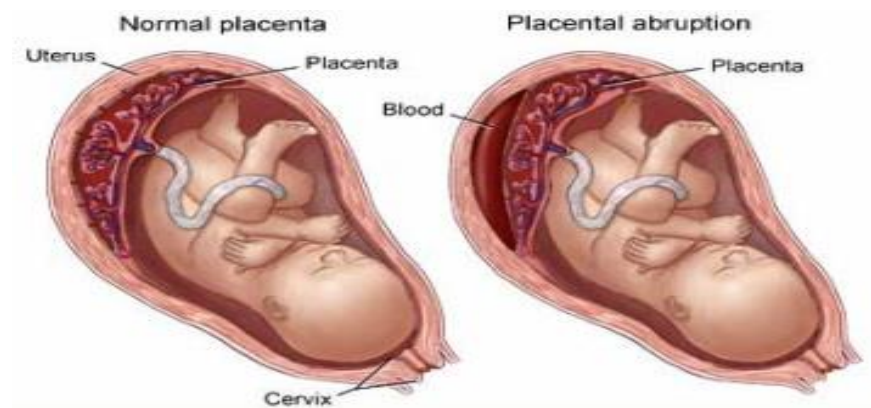
Picture 4. Placenta previa

[1.3.3.] Абрупцио на плацента

Абрупцио на плацента претставува одлепување на нормално лоцираната плацента од матката пред породување на фетусот и таа е високоризчна како за мајката така и за плодот.

Најчести причини се:задоцнети гестози,срцеви заболувања,хроничен нефритис,траума.

Според клиничката слика имаме лесна средна и тешка форма на абрупција.Крварењето е темноцрвено со присуство на коагулум, кое претходно е проследено со јака болка во абдоменот ,и слаба изразена осетливост на матката при палпација.Во ваква состојба се променети срцевите тонови на плодот,стануваат брадикардични и аритмични што се кажува дека плодот страда. Најтешка форма е утероплацентарна апоплексија(Кувелеров синдром).Во зависност од формата на абрупцијата, треба да се завршува раѓањето.

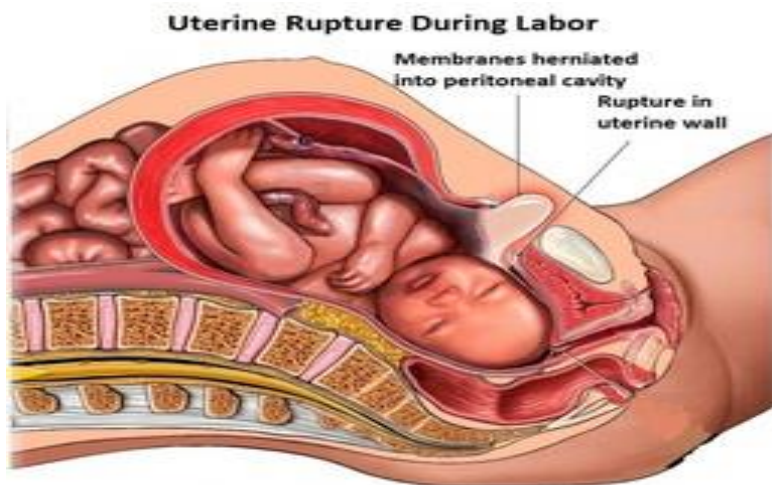


Слика 5: Абрупцио на плацента

Picture 5: Abruption of placenta

[1.3.4.]Руптура на матката

Руптура или прскање на зидот на матката е една од најтешките и најдрамични компликации во акушерството. Се јавува кај тешки раѓања, но може и во тек на бременоста. Причините можат да бидат од мајката и плодот. Според местото каде што настанува, може да се подели на корпорална и на долен сегмент на матката, а спрема правецот може да биде коса, попречна и надолжна. Во ваква состојба кај родилката е потребна итна оперативна интервенција. Се прави итен царски рез и во најчести случаи-хистеректомија.



Слика 6:Руптура на утерус

Picture 6: Rupture of uterus

[1.4.]Неправилности и компликации

Во одредени ситуации може да имаме компликации во тек на бременоста и породувањето кои потекнуваат од самиот плод, природната породилна снага и од родилните патишта.

[1.4.1.]Неправилности од страна на плодот

Неправилностите и компликациите во тек на раѓањето кои потекнуваат од самиот плод, можат да бидат од неговата неправилна положба, диспропорција на плодот со карлицата на мајката предизвикана од дефлексија, најчесто челно држење на плодот, диспропорција со огромен плод и нормална карлица на мајката. Абнормалната положба или презентација на плодот може да резултира со пролонгирање или опструкција на трудовите.

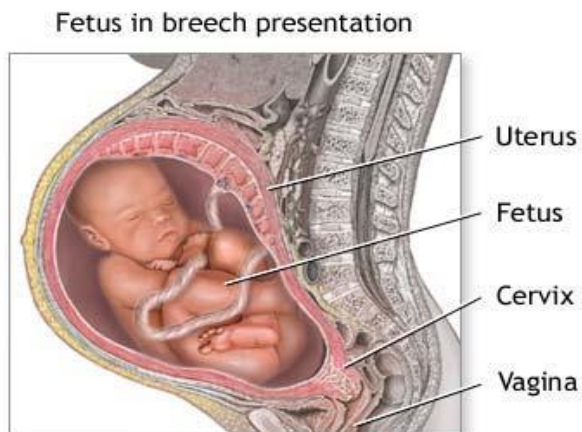
Во дефлексионо држење на плодот спаѓаат:

- Темелен став на плодот (*presentatio parietalis*) -најмал степен на дефлексија.
- Челен став на плодот(*presentatio frontalis*)- породувањето се завршува со царски рез, а не треба да се изврши со вакум, форцепс или симфизиотомија.
- Лицева презентација(*presentation facialis*)-пролонгираните трудови се вообичаени.

Неправилна ротација на главата-Кога плодот поминува низ родилните патишта, може да се случи внатрешната ротација на главата да изостане, или да се изврши во спротивен правец од нормалниот. Најчесто е:

-Низок попречен став на главата-Главата на плодот од влезот до излезот на карлицата се спушта без да се изротира,односно сагиталниот шав останува во попречен пречник за цело време во мала карлица.Во многу случаи ротацијата може да се изврши на самиот излез и раѓањето да се заврши спонтано. Најчести причини се механички,како на пример неправилна мала карлица,потоа околу врат замотана и затегната папна врвца и многу ретко тумори во мала карлица.

-Карличен став на плодот(presentation pelvica)-претставува надолжна положба на плодот каде преден дел е карлица или нозе на плодот.Завршувањето на раѓањето кај овај став на плодот зависи од повеќе фактори.Вагинално породување врши искусен акушер при следни состојби:целосна или нецелосна карлична положба,адекватна карлична пелвиметрија,фетусот да не е премногу голем,да нема претходно породување со царски рез,главата на фетусот да е флексирана.Во спротивно раѓањето се завршува со царски рез со големо внимание од страна на акушерот.



ADAM.

Слика 7:Карличен став на плодот /
Picture 7: Pelvic position of the fetus

-Попречна и коса положба на плодот (*situs transversus et obliquus*)-разликуваме четири форми во зависност од поставеноста на грбчето на плодот,и тоа: *dorzosuperiorni*,*dorzoanteriori*,*dorzoposteriorni*,*dorzoinferiorni*.Ако може да се направи надворечна верзија на плодот, раѓањето може да заврши спонтано.Но најчесто при вакви положби на плодот раѓањето завршува со царски рез.

[1.4.2].Неправилности поради неправилна природна породилна снага.

-Неправилности поради пореметени контракции на матката.

Контракциите на матката,односно породилните болки или трудови, почнуваат заедно со самиот почеток на раѓањето.За да се одвива раѓањето нормално,контракциите мораат да имаат одреден интензитет,траење и

зачестеност. При некои пореметувања тие можат да бидат ослабени и ретки, премногу јаки и премногу зачестени.

-Примарно слаби контакции-се јавуваат на самиот почеток и го продолжуваат самото раѓање. Можат да се јават кај хидрамнион, премногу голем плод, кај повеќеротка, кај растегната матка, миоматозен утерус. Примарните се со слаб интензитет, кратко траат и со долги паузи.

-Секундарни слаби контракции-Се јавуваат по одреден временски период на добри болки. Најчесто се последица на замор на матката, поради долготрајно раѓање. Се јавуваат каде што има пречки во самото раѓање, било да е поради неправилно држење или положба на плодот, нагласена диспропорција, или при пречки на родилните патишта. Мора да се знае точната причина за секундарните слаби контракции за да се ординира правилно со терапија со Amp: Syntocinone за да не дојде до руптура на утерус.

-Неправилни јаки контракции-можат да се јават на самиот почеток или во подоцнежниот период на раѓањето. Ги карактеризира продолжено траење и јак интензитет. Паузите меѓу нив се многу куси и се многу зачестени. Ако има некаква пречка за завршување на раѓањето, може да настане руптура на матката и во тој случај раѓањето треба да се заврши со царски рез.

[1.4.3.] Неправилности кои потекнуваат од родилните патишта

Во тек на раѓањето неправилности и компликации можат да потекнуваат од меќите и коскениод дел на родилните патишта. Вродени аномалии и стекнати

препреки на вагина ,недоволна еластичност и растегливост можат да бидат причина за застој на раѓањето.

Во поглед на карлицата на трудницата постојат повеќе видови на неправилности.

За да знаеме за какви неправилности се работи, се земаат надворешни карлични мерки на трудницата и тоа:

- Distantiobispinalis 25-26 cm
- Distantiobicristalis 28 cm
- Distantiobitrochanterica 30-32 cm
- Conjugataexterna 19-20cm

-Рамномерно проширена карлица-Воглавно не е неправилна. Карактеристична е со рамномерно зголемување на сите нејзини пречници за 2-3 cm. Раѓањето се одвива без компликации, само во некои ситуации не доаѓа до внатрешна ротација на главата на плодот, па може да дојде до застој на самиот излез.

-Рамномерна стесната карлица-Има карактеристики на нормална, правилна карлица , само што е значајно помала. Се разликуваат хипопластична, инфантилна и патуљаста рамномерна стесната карлица. Во зависност од големината на плодот акушерот одлучува за начинот на завршување на раѓањето, односно во дадени ситуации завршува со елективен царски рез.

-Плосната стесната карлица (Pelvis plana) – Се карактеризира со скратен прав пречник на влезот. Всушност, промоториум е нешто поблиску до симфиза. Се дели на три групи и тоа: рахитична, девентерова и рамномерна стесната сплосната карлица. Во каков вид на карлица може да биде вроден и стекнат.

-Левкасто стесната карлица-Имаме нормални пропорции на влез во карлица, додека пречниците на средина, а нарочно на излез се стеснети. Кај

ваквиот вид на карлица не доаѓа до ротација на главата на плодот,имаме продолжено раѓање,а родилните контракции се засилуваат.На тој начин постои можност за спонтано раѓање.Во спротивно раѓањето мора да заврши со вакуум или форцепс.Во интерес на плодот и мајката при поголеми диспроорции раѓањето се завршува со царски рез.

-Спондилолистетична карлица-Кај овај вид на карлица имаме деформации во кичмениот столб во слабинскиот предел,непосредно над промоториум.Еден од слабинските пршлени над промоториумот се лизга напред и доведува до создавање на уште еден промоториум,односно до скратување на правиот пречник, и деформација на карличниот влез.Ако имаме добри родилни контракции, плодот може да ја совлада оваа препрека,а во спротивно раѓањето завршува оперативно.

-Попречно стесната карлица (Robertovakarlica)-Многу редок тип на крлица,каде имаме скратување на попречниот пречник,а правиот пречник е продолжен, самиот влез има тркалезна форма..Спонтаното раѓање е невозможно.

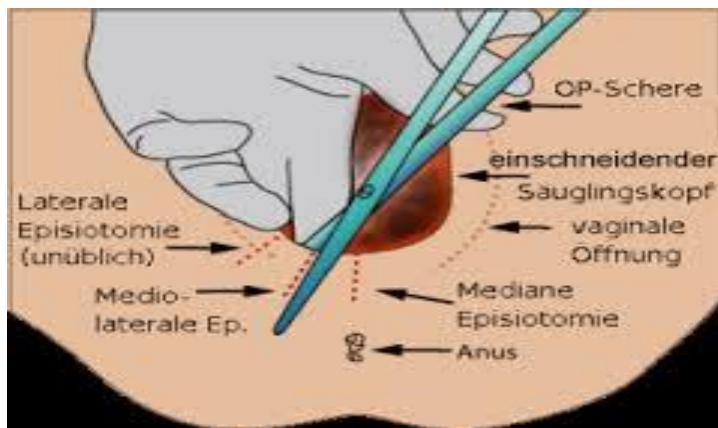
-Коса стесната карлица-Имаме нееднаквост на косиот пречник и асиметрија на карлицата.Покрај асиметрична асимилациона(Negelova), се разликуваат и :анкилотична,коксалгична,и сколиотична коса стесната карлица.Во зависност од диспропорциите ,акушерот одлучува за начинот на завршување на раѓањето.

Со помош на ултразвукот се следат сите пропорции на мајката и плодот,и искусен акушер постапува првилно според степенот на диспропорциите и правилно го завршува раѓањето, без последици како за мајката така и за плодот.

[1.5.]Акушерски операции

Кај некои патолошки состојби не е можно раѓањето да заврши спонтано.Тогаш се потребни некои акушерски операции. Под акушерски операции се подразбираат сите интервенции кои се вршат на родилката или плодот, поради корекција на неправилностите во тек на раѓањето.Би ги набројале следните акушерски операции:

-Епизиотомија-пресекување на меѓицата поради проширување на излезот на породилниот канал,во интерес на родилката и плодот. Денес епизиотомијата е релативно честа појава,посебно кај прворотки.Се врши при крај на второто родилно време, во моментот на траење на напонот,медиолатерално.



Слика 8: Медиолатерална епизиотомија

Picture 8:Mediolateral episiotomy

-Отварање на воденикот-Воденикот до одреден период на дилатација на грлото на матката има позитивна страна,и тоа до 3-4cm на дилатација.По тој период воденикот претставува препрека за понатамошна дилатација и го успорува

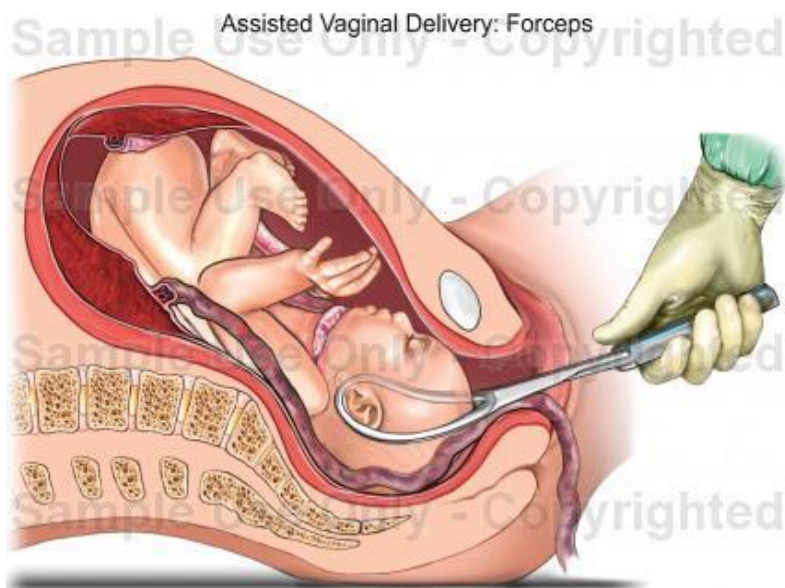
напредувањето на раѓањето. Поради тоа во тој стадиум воденикот вештачки се отвора. Ваквата интервенција се работи во стерилни услови со правилна нега.

-Рачна и инструментална ревизија на утерината шуплина-индикација кај атонично крварење од матката непосредно по породувањето, заостанат дел од плацентата. Родилката се подготвува под строго стерилни услови.

-Рачно одлепување на постелката-се врши кога постелката спонтано не се одлепува два часа по породувањето на плодот, но и пред тоа.

-Расцеп на грлото на матката, расцеп на перинеум, расцеп на вагина-При ревизија може да има лацерации на грлото на матката, со или без крварење. Потребно е ставање на секундарен шав под строго стерилни услови.

-Родилен форцепс-завршување на раѓањето со екстракција на плодот со родилна клешта. Во современата медицина како акушерска операција веќе многу ретко се користи.

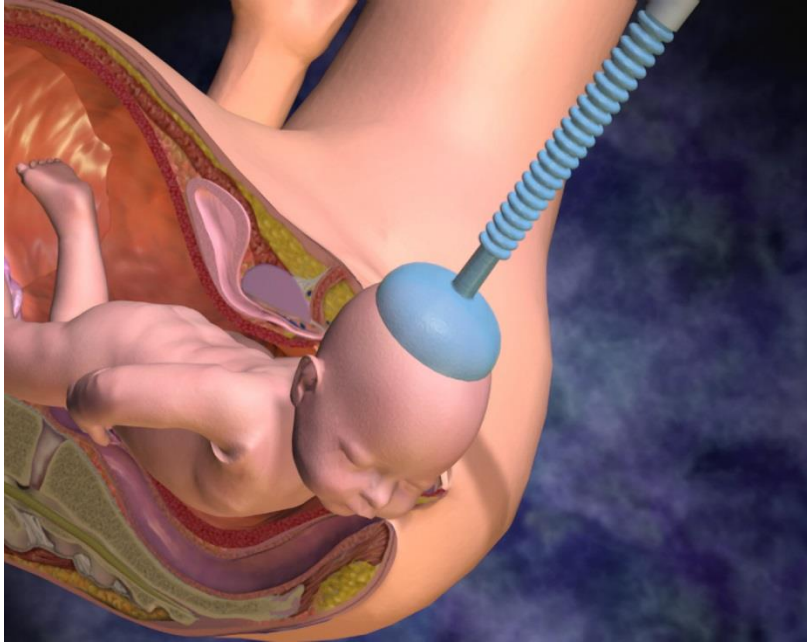


Слика 9:Родилен форцепс

Picture 9:Birthing forceps

-Вакуум екстрактор-е инструмент со кој се довршува раѓањето на принцип со намалување на притисокот помеѓу делот на плодот кој предњачи и пилотата на екстракторот.

Предности: релативно сигурносна интервенција,релативно не штетна за мајката и плодот и лесна за ракување.



Слика 10: Породување со вакум екстрактор

Picture 10: Giving birth with vacuum extractor

-Царски рез е акушерска операција каде раѓањето се завршува по абдоминален пат под општа или регионална анестезија.

Индикациите за царски рез се делат на апсолутни, релативни и проширени.

Во апсолутни индикации спаѓаат: апсолутна стесната карлица, централна плацента превија, тумори на карлица и на матка.

Во релативни индикации спаѓаат: некои болести на мајката кои можат да бидат влошени при спонтано раѓање, голема диспропорција на главата на плодот и карлицата на мајката, неправилна положба на плодот, дефлексионо држење, знаци за интраутерина асфиксија на плодот, претходен царски рез, пролапс на папна врвца во тек на раѓање, латерална плацента превија. Постојат и пошироки

индикации ,како карлицен став на плодот кај стара прворотка,долгогодишен стерилитет и др.

Царскиот рез може да биде елективен и итен.



Слика 11 : Царски рез

Picture 11:Caesarean section

Како што кажавме, перинаталниот период е до седмиот ден по породувањето кога грижата и негата за родилката и новороденото не изостанува.

Само со правилна нега и грижа ќе ја постигнеме целта:

ЗДРАВА МАЈКА-ЗДРАВО НОВОРОДЕНО

[2].ЦЕЛ НА ТРУДОТ/ AIM OF STUDY/

Главната цел на трудот е по направеното истражување да се даде преглед на перинаталната грижа и нега на родилките на Акушерско одделение-Велес.

2.1 Антенатална нега (антенатални прегледи во перинаталниот период)

2.2 Приказ на нормални породувања со правилен мониторинг на родилните времиња.

2.3 Приказ на патолошки состојби кои ја комплицираат бременоста (ЕПХ Гестози, Плацента превија,Абрупција на плацента)

2.4 Анализа на акушерски операции кои се изведени на Акушерско одд-Велес.

2.5 Грижа и нега на родилките по породување.

Стратешка цел на интензивен мониторинг на родилките е превенција од компликации кои би ја комплицирале состојбата на родилката и новороденото.

[3].МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ НА РАБОТА/MATERIALS AND METHODS OF WORK/

За реализација на поставената цел применет е дескриптивен метод со статистичка обработка и анализа на податоците.

Трудот претставува дескриптивно истражување на Перинатолошката грижа и нега за родилките на Акушерско одделение-Велес,за периодот од 2008-2012 година.

За изработка на трудот користена е:

-Научна и стручна литература од наши и странски автори

-Архива на медицинска документација (акушерски истории) при ЈЗУ Општа болница-Велес

-Родилни протоколи(протокол за раѓање,протокол за акушерски операции) во досие на Акушерско одделение-Велес

Годишни извештаи изработени во ЈЗУ Институт за јавно здравство-извештаи за раѓања во општина Велес,Р.Македонија (период 2008-2012 год)

За обработка на собраните податоци користени се соодветни статистички методи(табеларно и графичко прикажување, проценти на структура,пресек,стапки).

[4].РЕЗУЛТАТИ /RESULTS/

Резултатите кои се изнесени во трудот се однесуваат на:

1.Аntenатална грижа и нега во перинаталниот период од 2008-2012 год.Истите претставуваат ретрограден приказ на:

-Вкупен број на антенатални прегледи на Гин-Акушерско одд-Велес

-Пријавени антенатални прегледи во ЈЗУ “Центар за јавно здравје “-Велес

Анализата е направена по возрастна група ,место на живеење.

Според анализата најзастапена е возрастна група од 20-29 години, односно со 61,7%.

Во оваа возрастна група прворотки се застапени 69%, второротки 23% и повеќеротки со 8%.

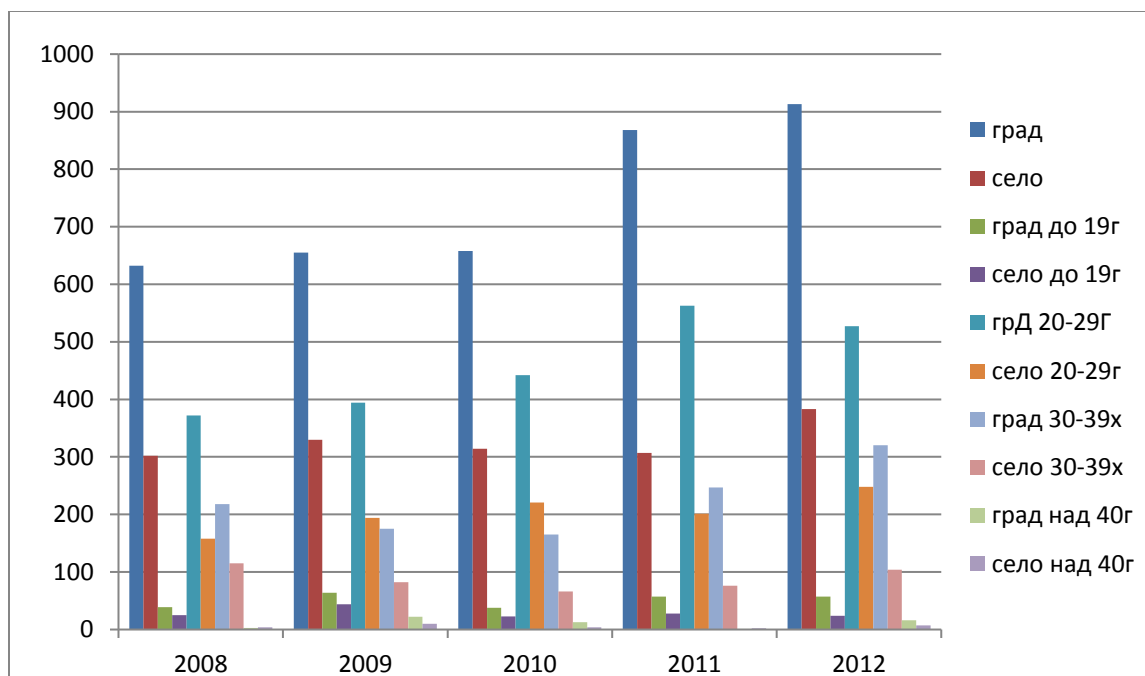
Поголема застапеност во сооднос 2:1, антенаталните прегледи се застапени кај трудници кои живеат во град.

Табела 1:Аntenatalни прегледи на Акушерско одд. –Велес за период од 2008-2012 година по возрастна старост на трудниците, и место на живеење./

Table 1:Antenatal examinations of Obstetric department in Veles for the period from 2008-2012 year, by age of pregnant women and their place of living.

Година	Град и село	До 19г од град	До 19г од село	20-29г од град	20- 29г од село	30- 39г од град	30- 39г од село	Над 40г од град	Над 40г Село
2008	Град- 632								
	Село- 302	39	25	372	158	218	115	3	4
2009	Град- 655								
	Село- 330	64	44	394	194	175	82	22	10
2010	Град- 658	38	23	442	221	165	66	13	4
	Село- 314								
2011	Град- 868								
	Село- 307	57	28	563	201	247	76	1	2
2012	Град- 913								

вкупно	Село- 383	57	24	527	248	320	104	16	7
	Град- 3726								
Процент	Село- 1636	255	144	2291	1022	1125	443	55	27
		4,7%	2,6%	42,7%	19%	21%	8,2%	1%	0,5%
Вкупен%	Град- село		%		%		%	1,5	%
		7,4		61,7		29,2			

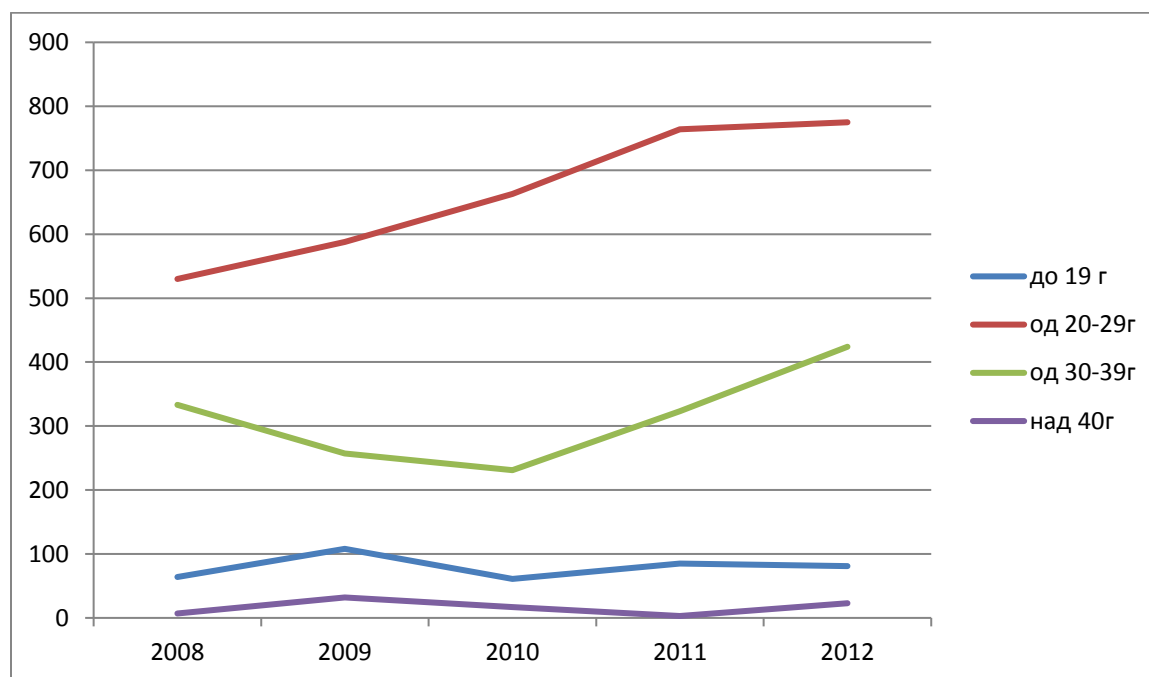


Графикон 1 :Аntenатани прегледи на Акушерско одд-Велес за периодот од 2008-2012 год по возрастна старост на трудниците и место на живеење.

Graph 1: Antenatal examinations of Obstetric department in Veles for the period from 2008-2012 year, by age of pregnant women and their place of living.

Од табеларниот и графичкиот приказ можеме да заклучиме дека од 2008 до 2012 год имаме благо покачување на антенаталните прегледи, највисоко достигнување имаме во 2012 год. Голема улога за ова има едукацијата на трудниците од значењето на антенаталните контроли на самата бременост. Овај приказ е само од Акушерска амбуланта на гин-акушерско одделение-Велес. Голем процент имаме и кај самите матични гинеколози.

Линеарен приказ на антенатални прегледи на Акушерско одд-Велес 2008-2012 год



[2].Интрапартална грижа и нега на Акушерско одд-Велес од 2008-2012 год.

Ретрограден приказ на резултати на вкупен број на раѓања по години,начин на завршување на раѓањата: спонтано, по пат на царски рез,вакуум екстракција,карлично породување.Имаме приказ на бројот на раѓање на секоја родилка,национална припадност, и место на живеење (град,село,други општини).

Можеме да добиеме сознание од приказот дека раѓањата немаат тенденција на покачување или намлување,имаме еден константен број,најчесто завршуваат спонтано,без компликации.Од вкупно 3830 раѓања за период од пет години,спонтано породени се 2872 (74,9%),породени по пат на царски рез 751 (19,6%), породени со вакум екстракција 55 (1,4%), карлично породување 62 (1,6%).Од вкупниот број на родилки,прворотки се 1701 (44,4%),второротки се 1303 (34%),а повеќеротки се 826 односно 21,5%.Бројот на родилки со национална припадност се движи на следниот редослед: Македонки 2537(66,2%) ,Албанки 737 (19,2%),Ромки 272 (7,1%),Турчинки 71 (1,8 %), Муслиманки 213 (5,5%).

Според место на живеење е следната распределба : од град Велес 2130 (55,6%), од села во околина на Велес 1367 (35,6%), и други општини (Св.Николе,Кавадарци,Неготино,Штип и др.) се 333 (8,6%).

Година	Вкупен број на раѓања	Спонтано породување	Породување со царски рез	Породување со вакум екстракција	Карлично Породување
2008	767	606	137	11	13
2009	784	591	159	12	22
2010	802	625	160	12	5
2011	689	500	166	10	13
2012	788	550	129	10	19
процент	Вкупно 3830	2872(74,9%)	751(19,6%)	55(1,4%)	62 (1,6%)

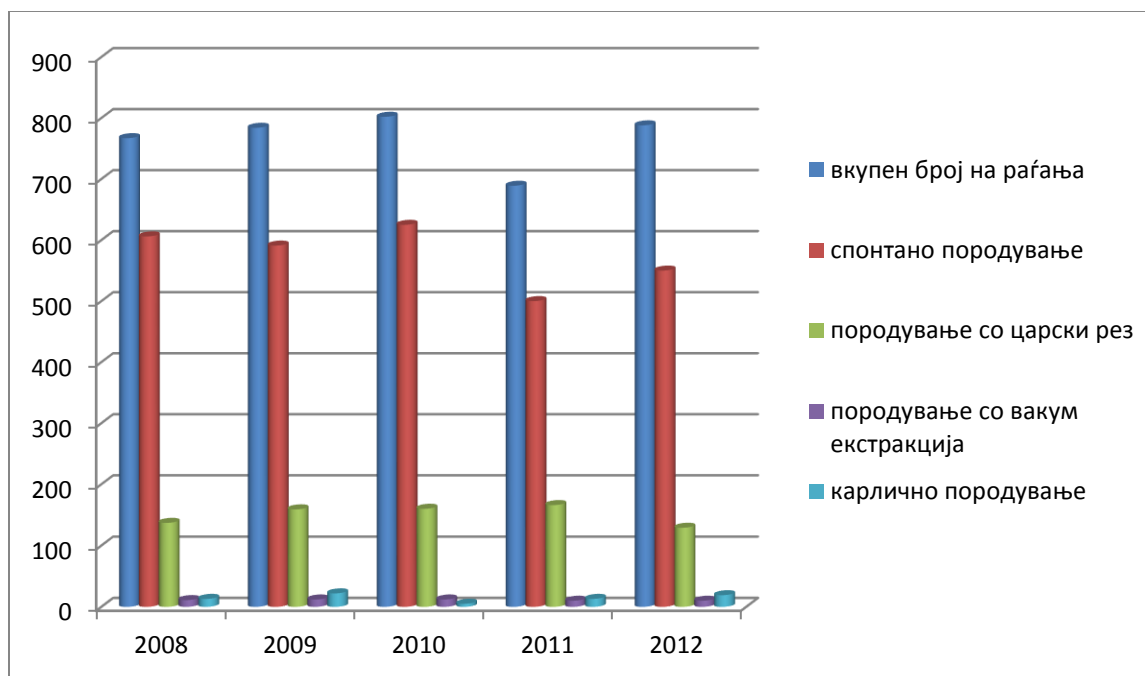
Табела 2:Раѓања, начин на завршување на раѓањето на Акушерско одд-Велес во период од 2008-2012 год.

Table 2:Births and method of completing births of Obstetrical department – Veles for the period from 2008 – 2012 year.

Графикон 2:Раѓање,начин на завршување на раѓањето на Акушерско одд-Велес во период од 2008-2012 год.

Graph 2:Births and method of completing births of Obstetrical department – Veles for the period from 2008 – 2012 year.



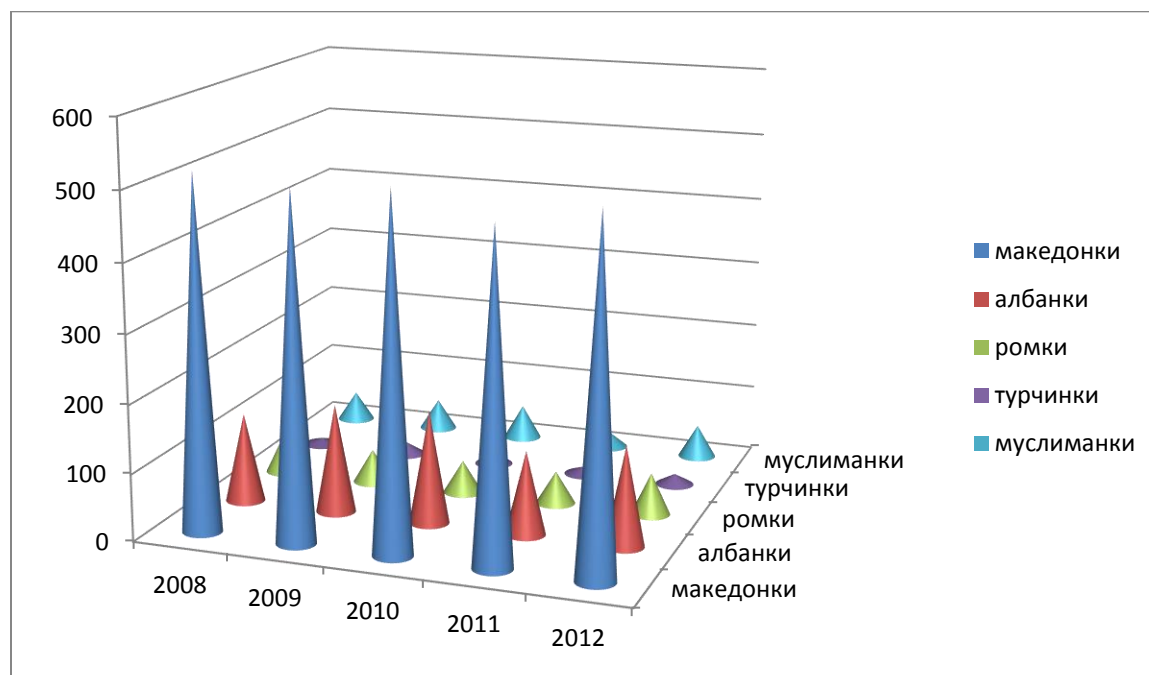


Табела 3:Анализа на родилки по национална припадност на Акушерско одделение –Велес во период од 2008-2012 г.

Table 3: Analysis by nationality of Obstetrical department – Veles for the period from 2008 – 2012 year.

година	македонки	албанки	ромки	турчинки	муслиманки
2008	520	133	61	9	44
2009	508	162	50	18	46
2010	517	168	49	17	51
2011	481	125	49	11	23
2012	511	149	63	16	49
вкупно	2537	737	272	71	213
процент	66,2%	19,2%	7,1%	1,8%	5,5%

Од табела 3 можеме да добиеме анализа на национална припадност на родилките во Велес. Видлива е најголема застапеност на македонска националност, но не треба да ја занемариме и албанската популација, која посебно графитира од околните села на град Велес.



Графикон 3:Анализа на родилки по национална припадност на Акушерско одделение –Велес во период од 2008-2012 г.

Graph 3:Analysis by nationality of Obstetrical department – Veles for the period from 2008 – 2012 year.



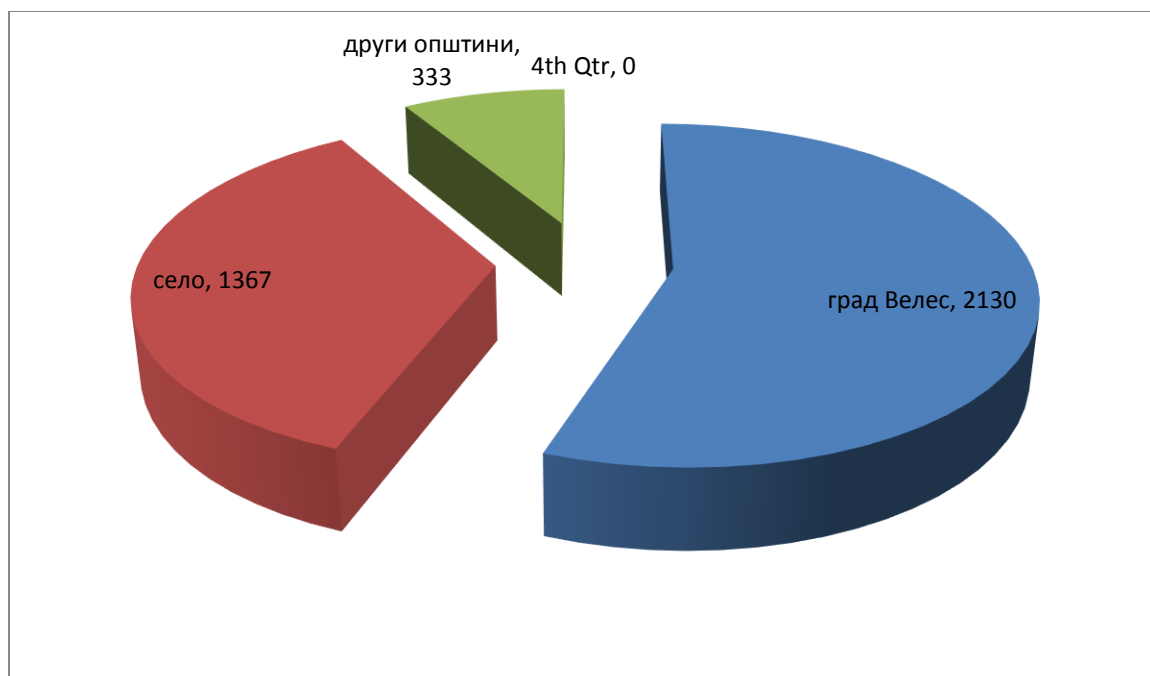
Графикон 4 : Паритет во периодот од 2008-2012 г.

Graph 4: Parity for the period from 2008-2012

Анализата на паритетот покажува на еден преглед на бројот на досегашни раѓања на секоја родилка.Прворотки во текот на овие пет години имаме 1701 (44,4%), второротки-1303 (34 %) и повеќеротки,три,четири и повеќе раѓања-826 (21,5%).



Најголемиот процент на родилките се од град Велес,имаме голем дел од околните села на град Велес и од останати општини од кои родилките раѓањето гозавршиле на Акушерско одд-Велес.



Графикон 5: Анализа според место на живеење

Graph 5 : Analysis by place of living

[3].Патолошки состојби во бременоста

Од вкупниот број на анализирани акушерски истории-3830,хипертензивни нарушување е потврдено кај 160 (4,1%) од испитаните пациентки.

Од нив 36 (22,5%) се само со покачена хипертензија, а 98 пациентки односно(61,2%) ,покачена хипертензија,протеинурија,и едеми (EPH GESTOZIS).

25 (15,7%) се со средна Preeklampsia,и 1 (една) пациентка соEklampsia, и тоа пост партум.

Според третманот и видот на завтшување на раѓањето,од 160 пациентки 18 (11,2%) се хоспитализирани, и по протокол третирани на оддел,во општа добра состојба се испишани на понатамошно домашно лекување,со постојана контрола кај матичен гинеколог,се до крајот на бременоста.

Кај 68 (42,5%) од трудниците раѓањето е завршено по пат на царски рез.

По нормален пат се породени 39 (24,4%).

Со компликации,односно со веќе ординирана терапија 35 (21,9%) трудници се испратени на ГАК-Скопје за понатамошен третман.

Во однос на гестацската недела ги добивме следните резултати:

Од 25-30 гестациска недела е 1 (една) односно 2,4% пациентка,

Од 30-35 гестациска недела се 26 (16,2%) и

Од 35-40 гестациска недела се 133 (83,8%) трудници.

Од сите анализирани трудници добивме резултати:

14 (8,75%) трудници не ја контролирале бременоста, по нагло влошување на состојбата се јавуваат на оддел,а останатите 146 (91,25%) извршиле редовни пренатални контроли.

Споед возрасната група ги добивме следните резултати :

Под 20 годишна возраст се 18 (11,25%),

Од 20-30 годишна возраст се 83 (51,9%) и

Над 30 годишна возраст се 59 (36,9%).

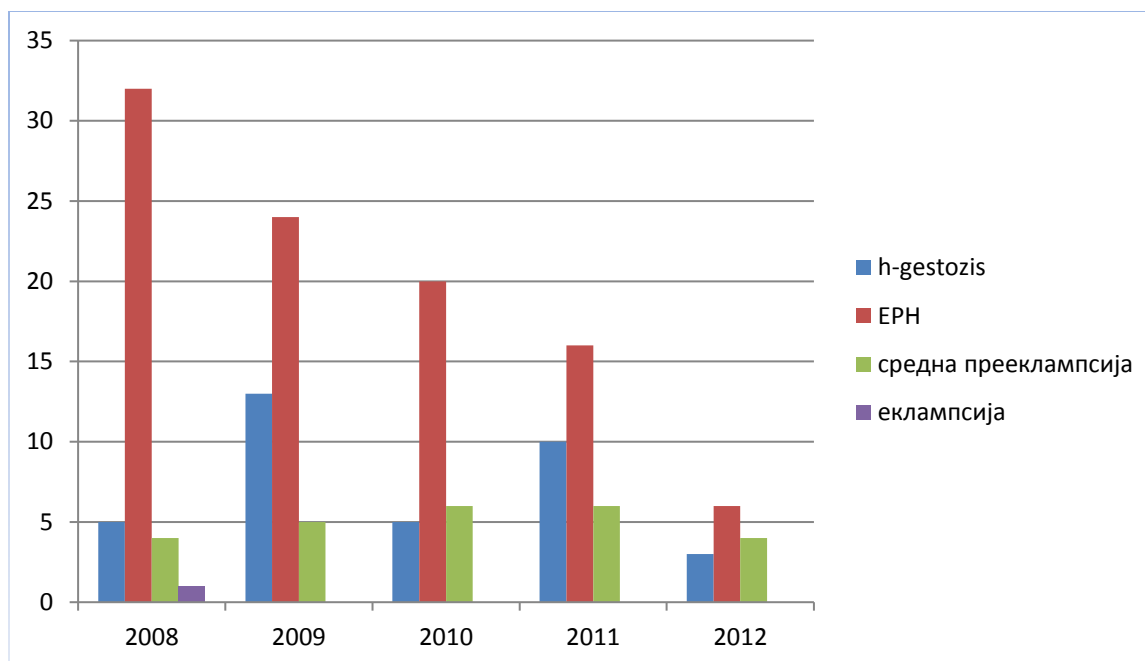
Поголемиот број се прворотки 72 (45%),

Второротки- 58 (36,2%) и повеќеротки 30 (18,75%)

Табела 4 : Хипертензивни нарушувања и поделба

Table : Hypertensive disorders and separations

Година	Анализиран и акушерски истории	Хипертензивн и нарушувања	Н- gestozi s	ЕРН- gestozi s	Средна пreekлампси ја	Еклампсиј а
2008	767	42-5,5%	5	32	4	1
2009	784	42-5,3%	13	24	5	/
2010	802	31-3,8%	5	20	6	/
2011	689	32-4,6%	10	16	6	/
2012	788	13-1,6%	3	6	4	/
Вкупно	3830	160	36	98	25	1
:		4,1%	22,5%	61,2%	15,7%	0,6%



Графикон 6: Хипертензивни нарушувања и поделба

Graph 6: Hypertensive disorders and separations

Табела 5: Третман и видот на завршување на раѓањето

Table 5: Treatment and type of ending the birth

Година	Хипертензивни нарушувања	Упатени дома	Породени со S.C	Нормално породување	Испратени ГАК-Скопје
2008	42	5-11,9%	15-35,7%	17-40%	5-11,9%
2009	42	5-11,9%	19-45,2%	10-23,8%	8-19%
2010	31	3-9,7 %	15-48,3%	5-16,1%	8-25,3%
2011	32	4-12,5%	14-43,7%	6-18,7%	8-25%
2012	13	1-7,7%	5-38,5%	1-7,7%	6-46,1%
Вкупно	160	18-11,2%	68-42,5%	39-24,4%	35-21,9%

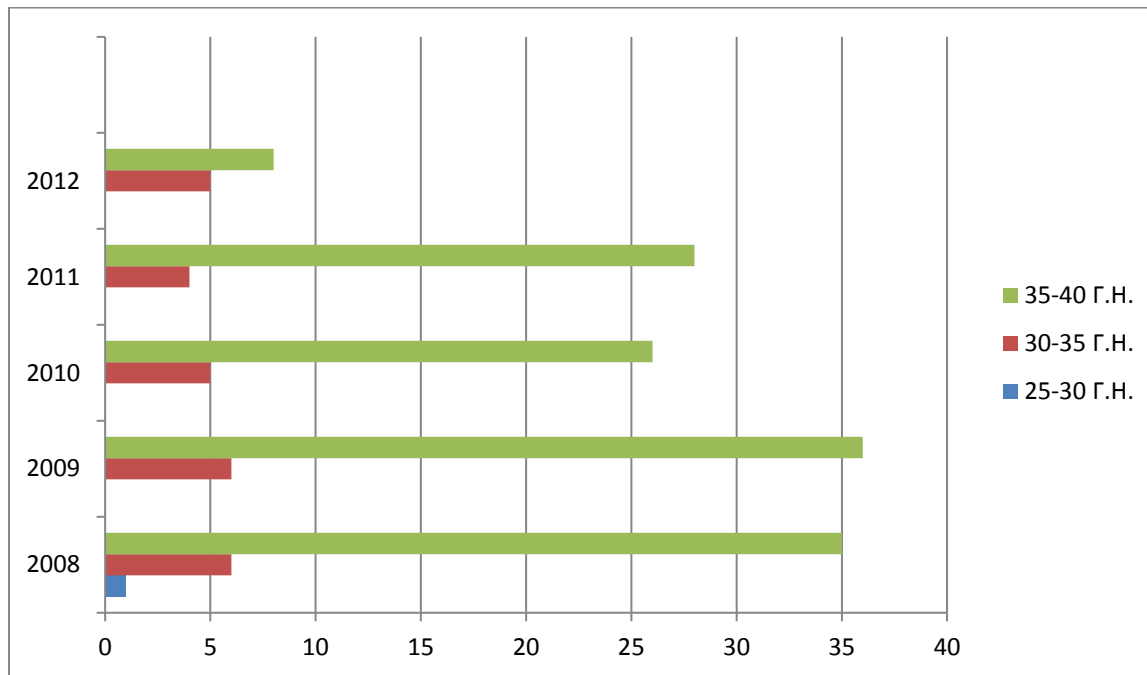
Табела 6: Гестациска старост на трудниците

Table : Gestational age of pregnant women

Година	Хипертензивни нарушувања	25-30 Г.Н.	30-35 Г.Н.	35-40 Г.Н.
2008	42	1-2,4%	6-14,3%	35-83,3%
2009	42	/	6-14,3%	36-85,7%
2010	31	/	5-16,1%	26-83,8%
2011	32	/	4-12,5%	28-87,5%
2012	13	/	5-38,5%	8-61,5%
Вкупно:	160	1-2,4%	26-16,2%	133-83,3%

Графикон 8: Гестациска старост на трудниците

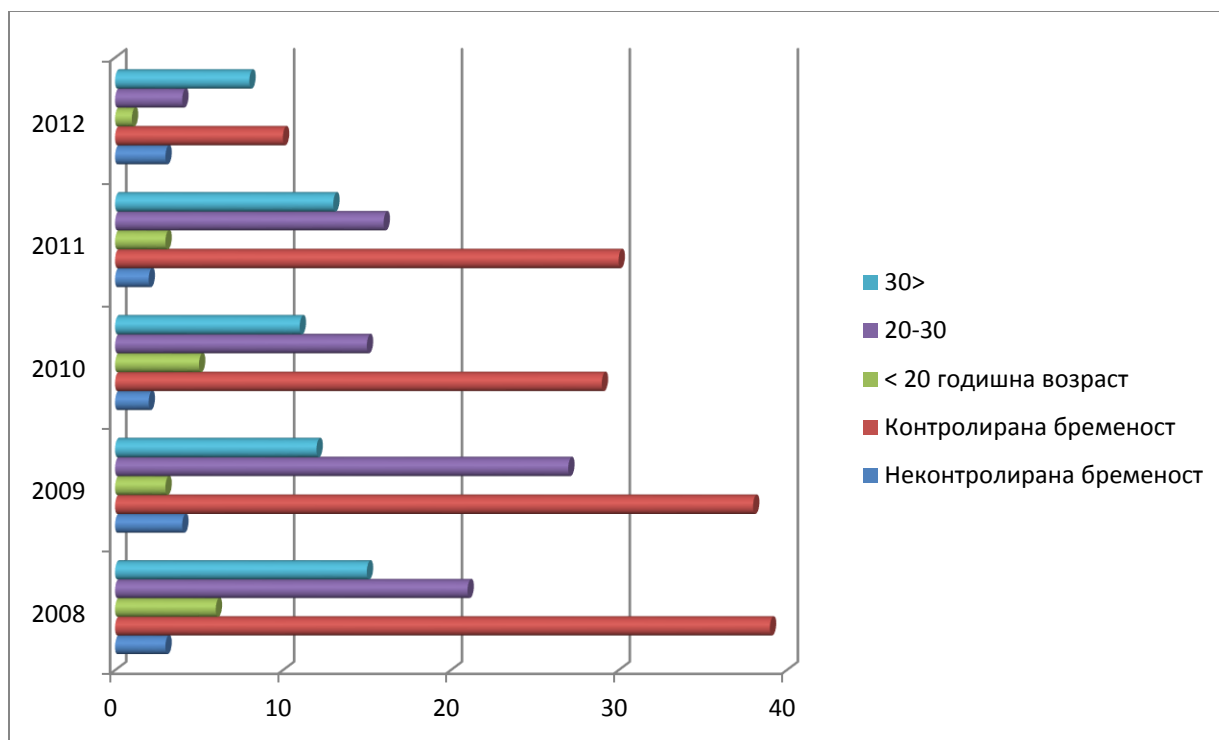
Graph 8:Gestational age of pregnant women



Табела 7: Антенатални прегледи и возраст

Table 7 : Antenatal examinations and age

Година	Неконтролирана бременост	Контролирана бременост	< 20 Годишна возраст	20-30 години	30>	Вкупно:
2008	3	39	6	21	15	42
2009	4	38	3	27	12	42
2010	2	29	5	15	11	31
2011	2	30	3	16	13	32
2012	3	10	1	4	8	13
	14	146	18	83	59	160
	8,75%	91,25%	11,25%	51,9%	36,9%	



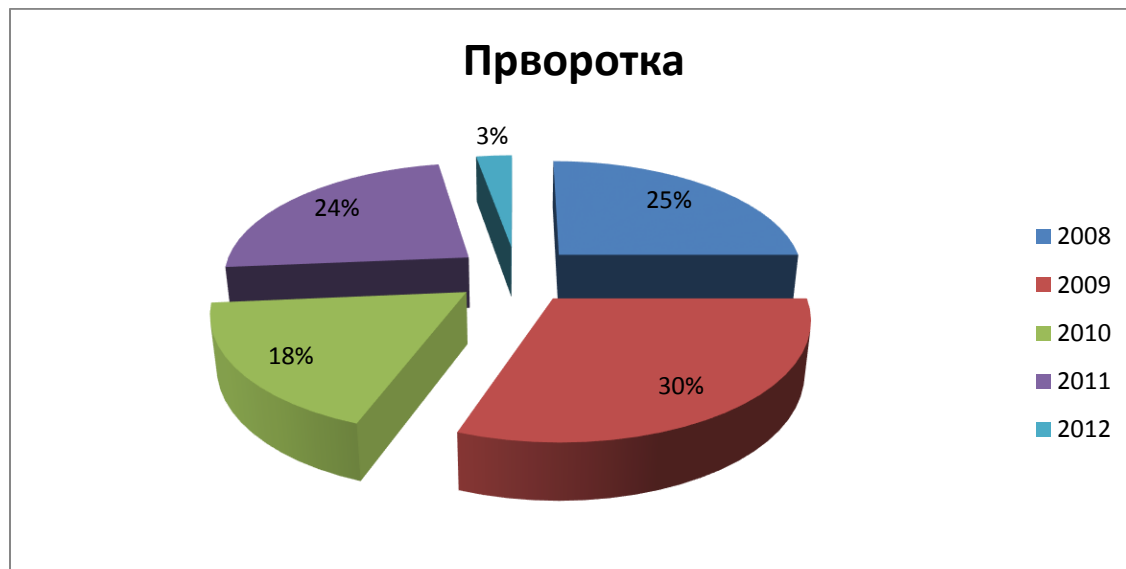
Графикон 9: Антенатални прегледи и возраст

Graph 9: Antenatal examinations and age

Табела 8: Број на раѓања

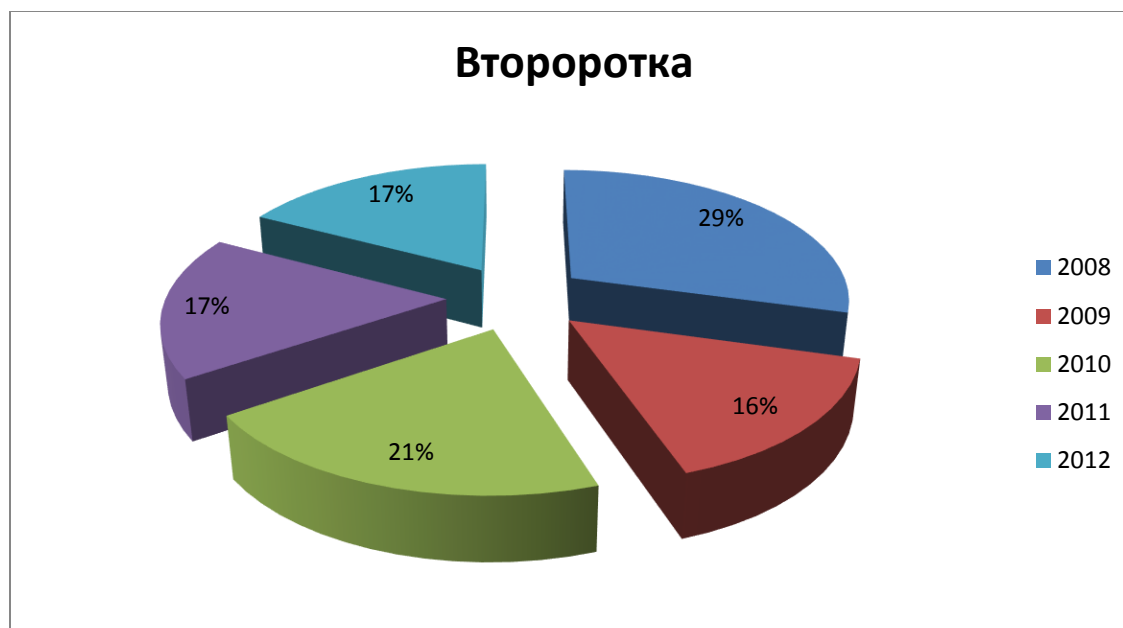
Table 8: Number of births

Година	Хипертензивни нарушувања	Прворотка	Второротка	Повеќеротка
2008	42	18	17	7
2009	42	22	9	11
2010	31	13	12	6
2011	32	17	10	5
2012	13	2	10	1
Вкупно	160	72	58	30
		45%	36,2%	18,75%



Графикон 10: Број на раѓања

Graph 10: Number of births



Графикон 10: Број на раѓања

Graph 10: Number of births



Графикон 10: Број на раѓања

Graph 10: Number of births

Од вкупниот број кај 124 пациентки со вакви нарушувања направени се лабораториски испитувања. Добиени се следните резултати:

Испитување на хемограм-Имаме кај 67 пациентки отстапувања од референтните вредности.

HGB од 90-110 g/L е констатирано кај 45 пациентки

HGB од 70-90g/L е констатирано кај 22 пациентки

WBC од 11 -20 x 10⁹/L кај 25 пациентки

WBC повеќе од 20 x 10⁹/L кај 21 пациентка

RBC помалку од $4 \times 10^{12}/L$ кај 4 пациентки

RBC повеќе од $5,5 \times 10^{12}/L$ кај 3 пациентки

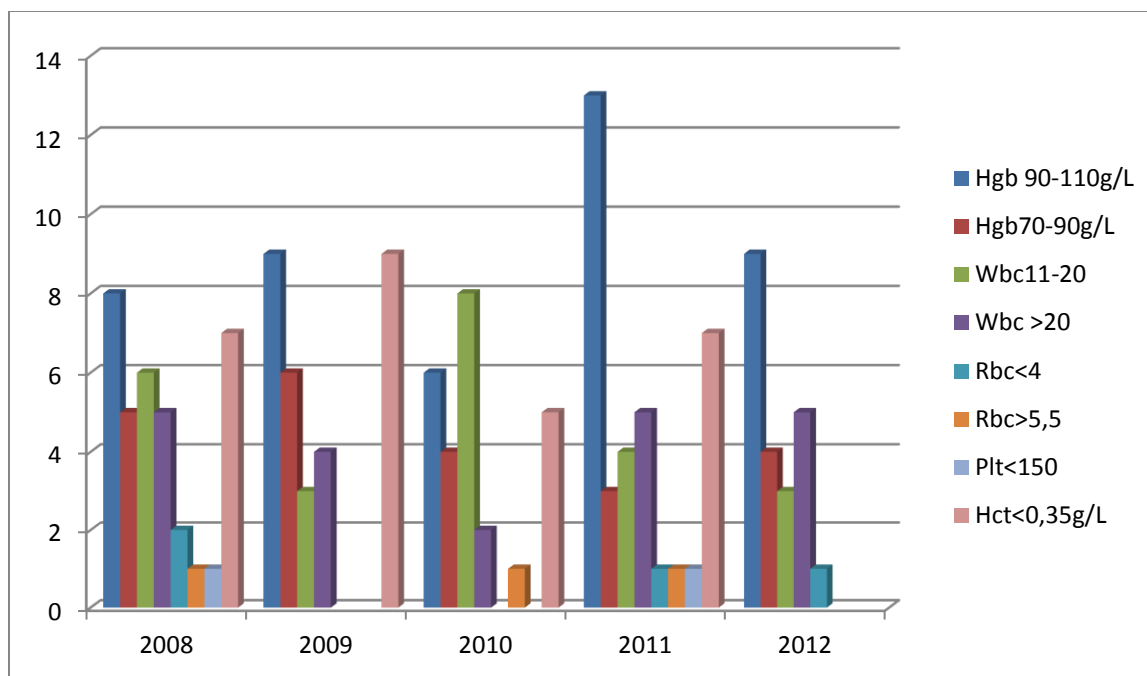
PLT помалку од $150 \times 10^9/L$ кај 2 пациентки

HCT помалку од $0,35g/L$ кај 35 пациентки

Табела 9: Пореметување на хемограмот кај хипертензивни нарушувања

Table 9: Disorders of hemogram in hypertensive disorders

Хемо- Грам	HGB	HGB	WBC	WBC	RBC	RBC	PLT	HCT
годин а	90- 110g/ L	70- 90g/ L	11- 20x10 ⁹ / L	>20x10 ⁹ / L	<4x10 ¹² / L	>5,5x10 ¹² / L	<150 x 10 ⁹ /L	<0,35g/ L
2008	8	5	6	5	2	1	1	7
2009	9	6	3	4	/	/	/	9
2010	6	4	8	2	/	1	/	5
2011	13	3	4	5	1	1	1	7
2012	9	4	3	5	1	/	/	8
вкупн о	67		46		7		2	35



Графикон 11:Пореметување на хемограмот кај хипертензивни нарушувања.
Graph 11:Disorders of hemogram in hypertensive disorders

Изработка на тотални протеини,албумини во серум, и протеини во урина

При изработка на протеински статус во серум ,и протеини во урина кај 84 пациентки имаме зголемена вредност на протеини во урина,а кај 53 пациентки имаме намалени вредности на тотални протеини и албумини.

-Протеини во урина

Од 200-300 mg/24 часа констатирано е кај 58 пациентки,

- 300 mg/24 часа кај 26 пациентки

-Протеини и албумини во серум

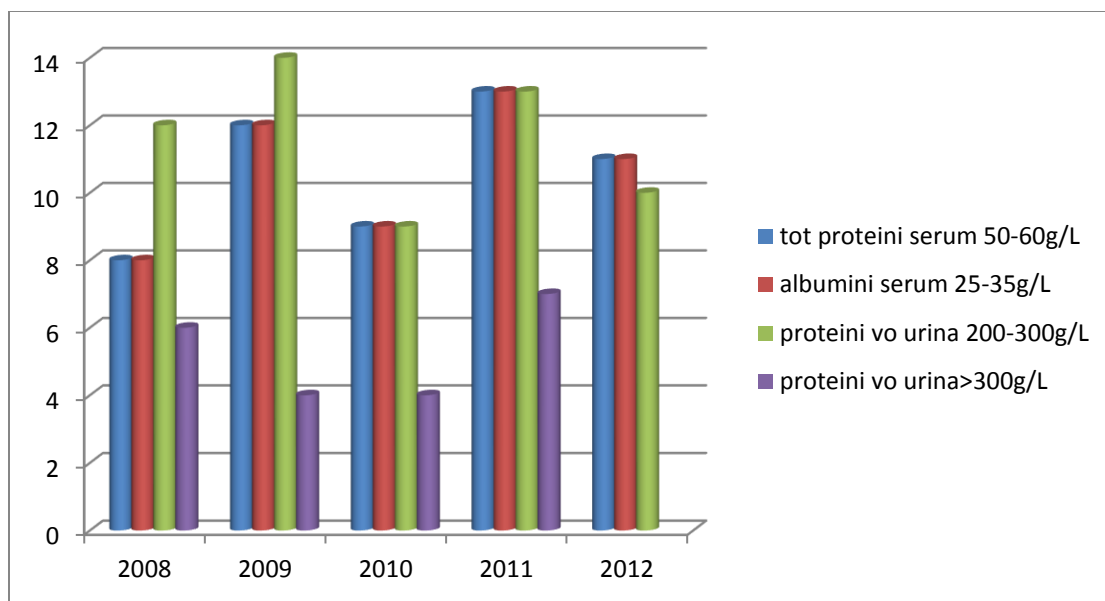
Тотални протеини 50-60g/L, констатирано е кај 53 пациентки,

Албумини 25-35g/L, констатирано е кај истите 53 пациентки.

Табела 10: Протеински статус во серум и урина кај хипертензивни нарушувања

Table 10: Protein status in serum and urine in hypertensive disorders

Година	Tot.proteinivo Serum 50-60g/L	Albuminivo Serum 25-35g/L	Proteinivo Urina 200-300g/L	Proteinivo Urina >300g/L
2008	8	8	12	6
2009	12	12	14	4
2010	9	9	9	4
2011	13	13	13	7
2012	11	11	10	5
Вкупно	53	53	58	26



Графикон 12: Протеински статус во серум и урина кај хипертензивни нарушувања
Graph 12: Protein status in serum and urine in hypertensive disorders

Кај оваа патолошка состојба во акушерството останатите лабораториски анализи се движат во рамките на референтните вредности.

Анализата на останатите патолошки состојби кај родилките е направена кај трудници со приемна дијагноза Плацента превија, Абрупцио плацента и Руптура на утерус.

Резултатите се следните: Плацента превија се хоспитализирани 14 (0,36%) пациентки, Абрупцио плацента 11 (0,28%) и Руптура на утерус- нема хоспитализирано.

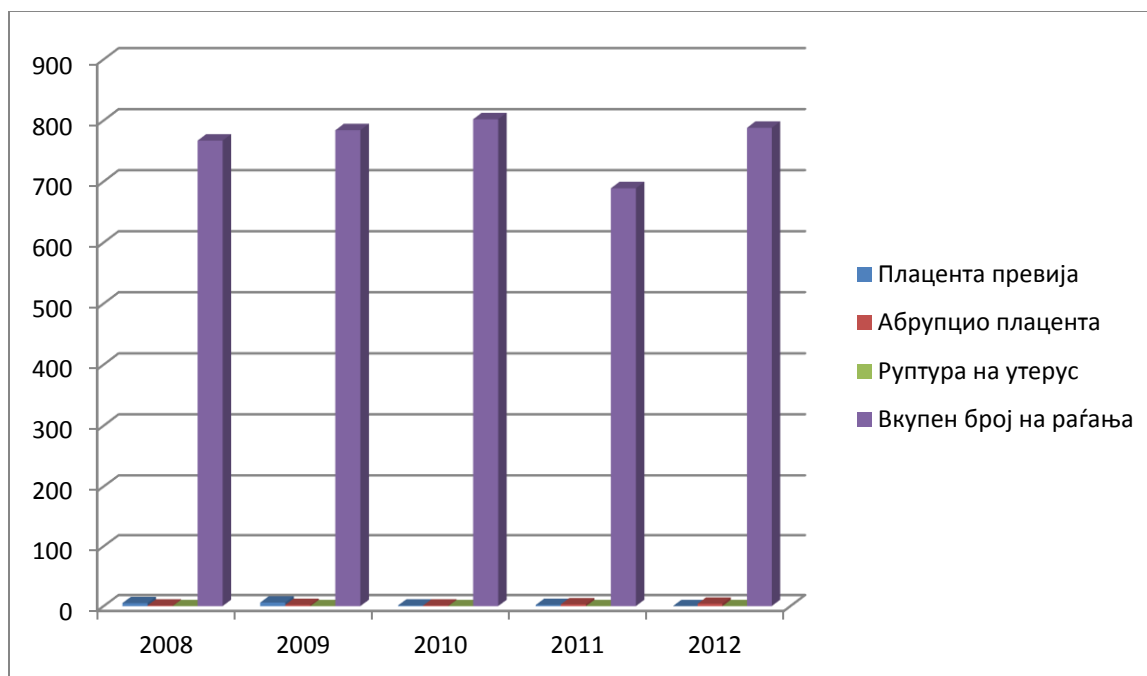
Кај сите патолошки состојби од овај вид раѓањето е завршено со итен царски рез

Табела 11: Патолошки состојби (Плацента превија,Абрупцио плацента,Руптура на утерус) на Акушерско одд-Велес во период од 2008-2012 год.

Table 11: Pathological condition (Placenta previa, Abruptio placenta, Rupture of uterus) of Obstetrical department – Veles for the period from 2008 – 2012 year.

Година	Вкупен број На раѓања	Плацента превија	Абрупцио на плацента	Руптура На утерус
2008	767	5	1	/
2009	784	6	2	/
2010	802	1	1	/
2011	689	2	3	/
2012	788	/	4	/
процент	3830	14 (0,36%)	11 (0,28%)	/ (0%)

Можеме според анализата да заклучиме дека процент на овие патолошки состојби е многу мал, сите трудници се навреме опсервирани ,раѓањето е завршено со царски рез,со добар постоперативен тек како за родилката така и за новороденот.



Графикон 12: Патолошки состојби (Плацента превија, Абрупцио плацента, Руптура на утерус) на Акушерско одд-Велес во период од 2008-2012 год.

Graph 12: Pathological condition (Placenta previa, Abruption placenta, Rupture of uterus) of Obstetrical department – Veles for the period from 2008 – 2012 year.

[4].Анализа на акушерски операции.

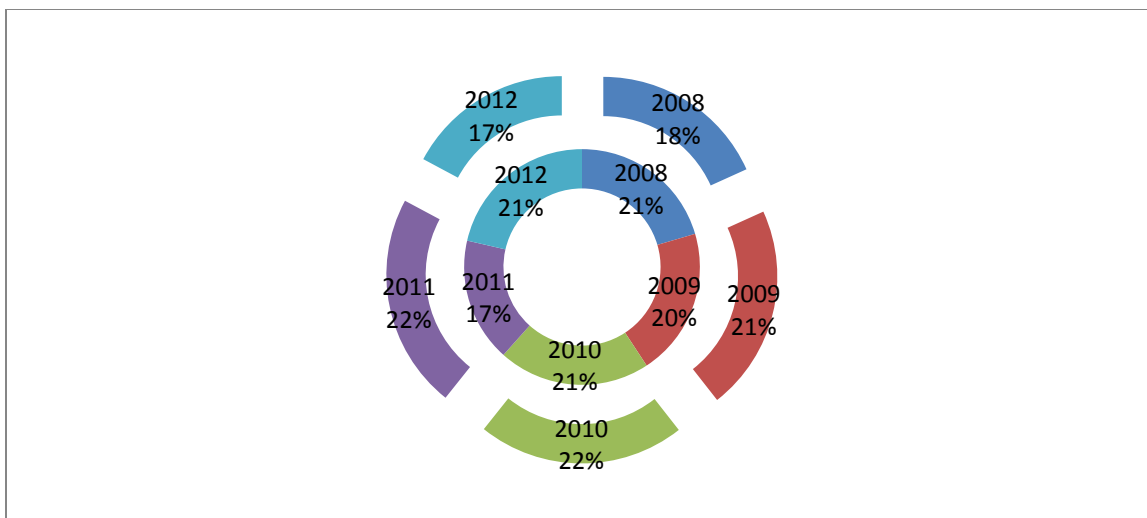
Од акушерските операции анализата е направена од оперативно завршување на раѓањето-царски рез.Анализирани се најчестите дијагнози како индикација за царски рез по години,процентуална застапеност,застапеност на итен и елективен царски рез.Процентот на царски резови во периодот од 2008-2012 година е 19,6%.

Табела 12:Процентуална застапеност на царски резови во период од 2008-2012 г.на Акушерско одделение-Велес

Table 12: Percentage of caesarean section of Obstetrical department – Veles for the period from 2008 – 2012 year.

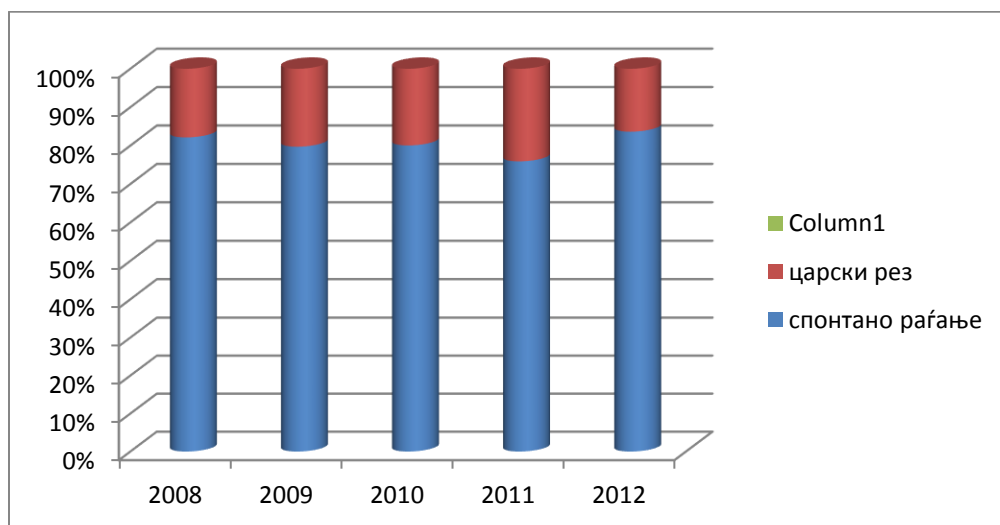
година	Вкупен број на раѓања	Спонтано породување	Царски рез	Процент на Царски рез
2008	767	630	137	17.8%
2009	784	625	159	20,2%
2010	802	642	160	19,9%
2011	689	523	166	24,1%
2012	788	659	129	16,3%
вкупно	3830	3079	751	19,6%

Од табеларниот приказ можеме да заклучиме дека процентот на царски резови останува константен.



Графикон 13: Процентуална застапеност на царски резови во период од 2008-2012 г.на Акушерско одделение-Велес.

Graph 13:Percentage of caesarean sectionof Obstetrical department – Veles for the period from 2008 – 2012 year.



Табела 13:Анализа на итен и елективен царски рез во периодот од 2008-2012г на
Акушерско одделение-Велес.

Table 13 : Analysis of emergency and elective caesarean section for the period from
2008 – 2012 in Obstetrical department in Veles

Година	Итен царски рез	Елективен царски рез
2008	59	78
2009	34	125
2010	40	120
2011	42	124
2012	13	116
Вкупно	188 (25%)	563 (75%)

Голем процент на застапеност припаѓа на елективните царски резови.

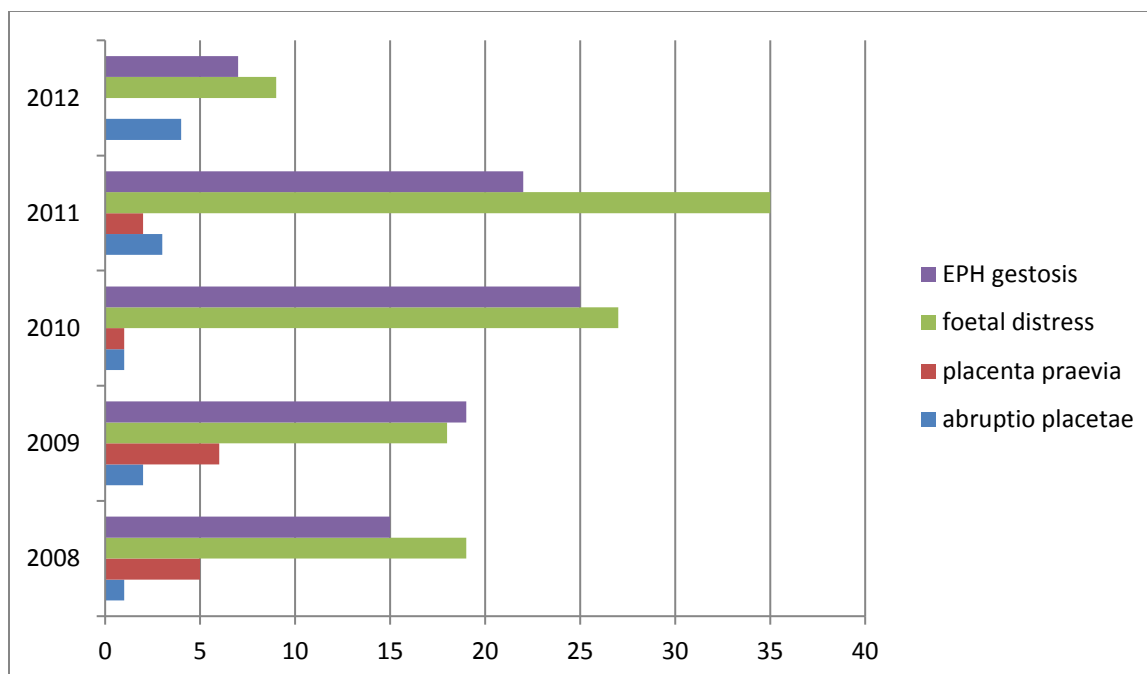
Табела 14: Анализа на царски резови по дијагноза во период од 2008-2012г на Акушерско одделение-Велес.

Table 14: Analysis of caesarean section by diagnosis for the period from 2008 – 2012 in Obstetrical department in Veles

ГОЛИНА	2008	2009	2010
DISPROPORTIO CERHALOPELVINA	24	22	23
STATUS POST S.C	34	50	41
FOETAL DISTRESS	19	18	27
DISTOTIO FUNCTIONALIS	12	5	3
PRAESENTATIO CAUDAE	13	16	11
INERTIO UTERI	6	8	8
ABRUPTIO	1	2	1
PLACENTAE PRAEVIA	5	6	1
EPH GESTOSIS	1 5	1 9	2 5
LUXATIO COXAE	1	1	/
STERIL. PRIMARIA	2	10	14
GEMELLI	1	2	/
CA IN SITU	1	/	/
PRIMAPARA VETUSTA	1	2	1

2011	26	39	35	12	9	5	3	2	2 2	2	4	2	1	2
2012	22	49	9	9	9	4	4	/	7	1	6	1	/	2
ВКУПНО	117	213	108	41	58	31	11	14	8 8	5	36	6	2	8

Од анализата на индикации за оперативно завршување на раѓањата на Акушерско одделение-Велес можеме да заклучиме дека најголем процент имаме кај пациентки со дијагноза Status post S.C. , односно 28,4%.Сите овие пациентки изработени се со елективен царски рез. Со дијагноза Fetal distress оперативно завршиле 108 (14,3 %) пациентки. Како неправилност од страна на плодот,родилни патишта и диспропорции на карлица и плод (Disproportio cephalopelvina,Distotio functionalis,Praesentatio caudae,Inertio uteri) имаме кај 247 родилки,односно 32,8%.



Графикон 14: Оперативно завршување на раѓања со итен царски рез во период од 2008-2012г во Велес.

Graph 14: Operational completion of birth with caesarean section for the period from 2008- 2012 in Veles.

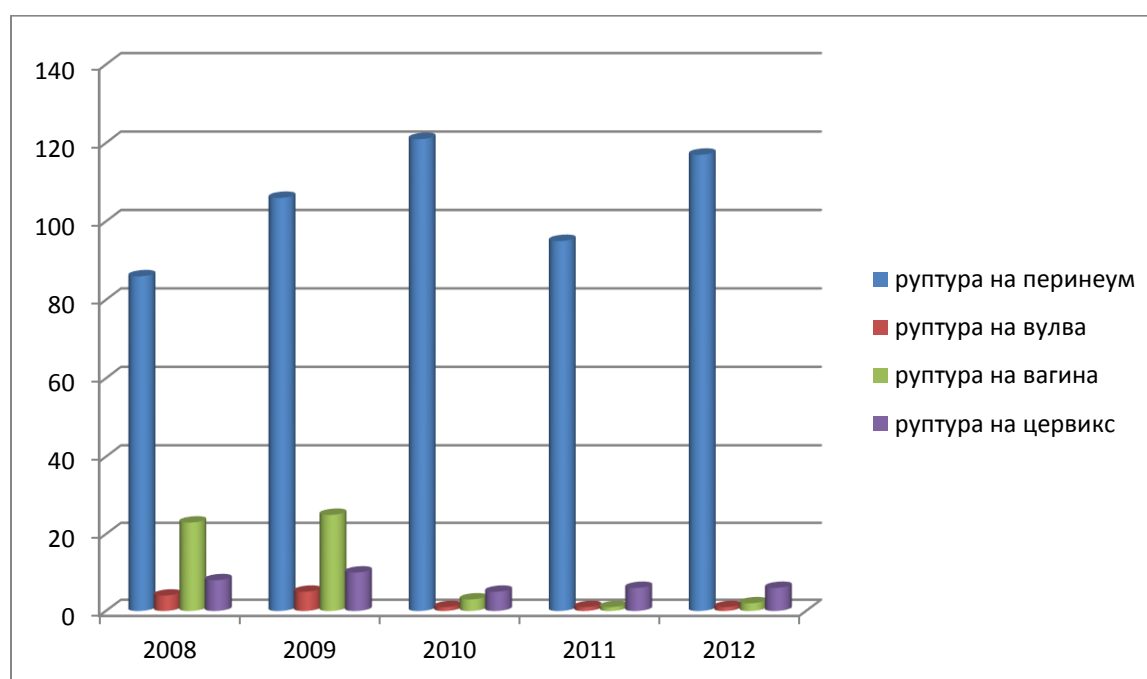
Од графичкиот приказ можеме да заклучиме дека најголем процент за итен царски рез имаме кај дијагноза Fetal distress, со посебен осврт во 2011 год, односно кај 35 пациентки од вкупен број на царски резови во 2011г, а тоа се 166 пациентки, односно 21%. Анализата покажува зголемен пад на итни царски резови во 2012г, а тоа се 13 пациентки односно (10%)

Табела 15:Анализа на останати акушерски операции односно породилни интервенции на Акушерско одд-Велес во период од 2008-2012г.

Table 15: Analysis of others obstetric operations (labor interventions) of Obstetrical department – Veles for the period of 2008-2012.

	EMLD-SUTURA	RUPTURA PERINEI	RUPTURA VULVAE	RUPTURA CERVICIS	RUPTURA VAGINAE	REVISIA CAVUM UTERI	INSTRUMENTA REVISIA CAVUM UTERI	LIZIS DIAGNOSTICAE	RVC
2008	163	86	4	8	23	2	2	4	110
2009	176	106	5	10	25	4	/	5	90
2010	157	121	1	5	3	2	/	/	77
2011	172	95	1	6	1	/	/	/	81
2012	218	117	1	6	2	1	/	/	113
ПРОЦЕНТ	30 %	17,7 %	0,4 %	1,18 %	1,8 %	0,3 %	0,06 %	0,3 %	12.3 %

Табела 15 го прикажува бројот на породилни интервенции на Акушерско одделение –Велес.Од направената анализа може да се забележи дека најмногу застапена породилна интервенција е епизиотомија на перинеум, најчесто е кај прворотки, имаме благо покачување на ваквата интервенција посебно во последната година од испитаната група по години.Од спонтаните руптури на перинеум,вулва,вагина и цервикс,најзастапена е руптура на перинеум,и тоа со 17,7%.Сите интервенции се завршени со сатура под дејство на локална анестезија,без компликации. Задоволува прикажаната анализана малиот процент на рачна и инструментална ревизија на утерина шуплина, поради атонични крварења и мануелното одлепување на плацента.



Графикон 15:Анализа на руптура на перинеум,вулва,вагина,цервикс.

Graph: 15 Analysis of rupture of perineum, vulva, vagina, cervix

Од графичкиот приказ можеме да заклучиме дека најголема застапеност имаме на руптура на перинеум и тоа со најмал процент во 2008 г,а најголем во 2010г.Најчесто руптура на перинеум е од прв степен,многу ретко може да биде од втор степен.

[5].Анализа на постнаталниот период

Во овај период на родилката на Акушерско одд-Велес,здравствените работници водат протоколи за правилно згрижување на родилката и новороденото.Болницата задолжително обезбедува rooming in- 24 часовен престој на мајката и детето заедно,обезбедена е приватност,соодветен одмор,непосреден пристап до храна и напитоци.Здравствениот персонал поседуваат компетентност и континуирано искуство во:

- физикален преглед на мајка и новороденче

- едукација и помош на родилката за техника на доење

- препознавање на знаци и симптоми на било какви отстапувања во постпородилниот период.

Благодарение на ваквата поставеност,анализата покажа дека на Акушерско одд-Велес немаме никакви компликации и отстапувања во овај период.

[5]. Дискусија (Discussion)

Перинаталната грижа и нега е многу битен момент во репродуктивниот период на секоја жена.

Од приложената ретроспективна анализа на перинаталната грижа и нега на родилките на Гин-Акушерско одделение-Велес за периодот од 2008-2012г можеме да заклучеме дека :

-Аntenаталните прегледи се вршат по пропишани протокли, а се обавуваат кај матичните гинеколози во амбуланта на Акушерско одделение-Велес.Забележан е многу мал процент на неконтролирани бремености.Благодарение на Министерството за здравство на Р.Македонија во 2010 година нашиот оддел доби најсофистицирано ново 4D EXO апарат. Оттогаш имаме видливо зголемување на процентот на антенатални прегледи.

-Од анализата на интрапарталната грижа и нега можеме да заклучиме дека бројот на раѓања во општина Велес останува константен,со голем процент на спонтани раѓања, и тоа 74,9%.

-Според паритетот на родилките најзастапени се прворотките со 44,4%, но во последните две години се зголемува процентот на треторотките.

-Од анализата видлива е застапеноста на сите националности, па и според местото на живеење (град,село,други општини). Задоволува фактот што имаме добар процент на родилки и од други општини, а кои искажале посебно задоволство од нашето работење.

-Преку анализата на патолошките состојби во бременоста можеме да заклучиме дека хипертензивни нарушувања имаме кај 4,1%, плацента превија-0,36%, абрупцио плацента- 0,28%, и руптура на утерус-0%.

-Според анализата од вкупниот број на раѓања оперативно завршиле по пат на царски рез се 19,6% од родилките. Од овај процент 75% се со елективен царски рез, и 25% итен царски рез.

-Како водечка дијагноза за итен царски рез е Fetal distress со 14,3%.

-Анализата на останатите акушерски операции, односно породилни интервенции, покажува дека со 30% е застапена епизиотомија на перинеум, со посебен акцент е извршена кај прворотки за заштита на мегицата.

-Анализата на постнаталниот период е со уреден тек, без компликации.

[6].Заклучок (Conclusion)

Перинаталниот период во акушерството како во Р.Македонија, така и во целиот свет има многу значаен фрагмент во репродуктивниот период на секоја жена.

Бременоста претставува физиолошка состојба со која се обезбедува хуманата репродукција. Поради овие причини, грижата за нормалниот тек на бременоста не е само индивидуален или семеен проблем, туку и проблем на општеството кое е длабоко заинтересирано за создавање на здраво потомство, па и за заштитата на човековите права.

Затоа, активностите со кои се згрижува бремената жена и актот на породувањето треба да бидат регулирани со посебна легислатива која препишува минимум активности од страна на медицинските лица и од страна на општеството, но и од страна на трудницата.

Поради сето ова континуираната грижа и нега во овај период треба да биде на едно завидно ниво.

Во тој поглед тимот на Гин-Акушерско одд-Велес успешно се носи со тој предизвик.

Стручно обучен кадар со познавање на комуникациските вештини дава доверба и елан кај секоја родилка.

Целта на Акушерско одд –Велес е:

-Континуиран и доследен мониторинг во перинаталниот период.

-Постојано стручно оспособување на медицинскиот персонал за правилна нега и грижа на родилките, водење и чување на здравствена евиденција.

-Континуирана обука на родилките за начинот на завршување на раѓањето, можни компликации (Проект на Министерство за здравство на Р.Македонија).

-Едукација на медицинскиот персонал во странство(Проект на Министерство за здравство на Р.Македонија).

На овај начин на работење целта ќе биде постигната: ЗДРАВА МАЈКА-ЗДРАВО БЕБЕ .

7.КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА (REFERECES):

- 1.Младеновиќ Д. и соработници (2008).Гинекологија и Акушерство.Завод за уџбенике - Белград
- 2.Димитров Г. (2013).Авторизирани предавања по Гин-Акушерство - Скопје
- 3.Курјак А. (1989). Гинекологија и Акушерство - Загреб
- 4.Џиков З. (1997)Ненормалности и компликации во бременост.- Скопје
- 5.Филипче Д. (2005). Менаџмент на бременост,ризична бременост и ризично раѓање – Скопје
- 6.Релич Г. (2007). Савремена токолитичка терапија и предвремени пораџај-Белград
- 7.Младеновиќ Д. (2011) Гинекологија и акушерство со нега - Белград
- 8.Министерство за здравство на РМ (2011). Упатства за практикување медицина заснована на докази-Гинекологија и Акушерство - Скопје
- 9.FornaF,Miles AM Jameson DJ (2004). Emergency postpartum hysterectomy A.comparison of cezaream and postpartum hysterectomy.
Am J Obstet,Gyn.(2004).190:1440-4
- 10.Hoffman W. (2012). Gynekology and Obstetrics,McGraw - Hill
- 11.Turrentine J (2008). Clinical protocols in Obstetrics and Gynicology
- 12.Danfort's Tenth edition (2008). Obstetrics and Gynicology

- 13.Campbell.Lees. (2006). Obstetrics by ten teachers, 18th edition.
- 14.Collins S., Hayes K and Jackson S. (2012). Oxford handbook of Obstetrics and gynecology.
15. Зизовска Е. (2006). Предвременно породени деца – Авторизирани предавања
- 16.Hanretty P.K. Obstetrics illustrated, Sixth edition

Интернет линкови:

- 1.www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24069812
- 2.www.doiserbia.nb.rs/ft.aspx?id=0370-817907041609.pdf
- 3.www.fzo.org.mk/wbstorage/files/ginekologija.pdf

Весна Лазаровска

ПЕРИНАТАЛНА ГРИЖА НА РОДИЛКИТЕ НА ГИНЕКОЛОШКО – АКУШЕРСКО
ОДДЕЛЕНИЕ – ВЕЛЕС ВО ПЕРИОДОТ ОД 2008-2012 ГОДИНА

УНИВЕРЗИТЕТ “ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ” - ШТИП